

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

212

THÈSE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André BOUTET

Né le 17 Décembre 1903 à Paris

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES
DES SUITES DE COUCHES

(Travail de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière)

Président de Thèse : COUVELAIRE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

—
1933

Faculté de Médecine de Paris

Année 1933

N°

THÈSE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André BOUTET

Né le 17 Décembre 1903 à Paris

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES
DES SUITES DE COUCHES

(Travail de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière)

Président de Thèse: COUVELAIRE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA

43, Rue Madame, 43

PARIS

—
1933



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ. LEREBOULLET. NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE. LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GRÉGOIRE. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU. HOVELAQUE. MAUCLAIRE.
Professeurs sans chaire	MULON. VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiâ- trie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri.	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI..	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
TROISIÈRE	Pathologie expérimen- tale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ...	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.

LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.

MM.

REITERER	Histologie
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRA		HEITZ-BOYER	
DEBRÉ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
BASSET	Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ	Cliniqu obstétricale
		LE LORIER	
		LÉVY-SOLAL	
		METZGER	
		GUÉNIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédi- que chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé		Education physique.
LEDoux-LEBAR		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

En gage d'affectueux souvenir.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Ce trop faible témoignage de
ma reconnaissance, pour tout ce
que je leur dois.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale

à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Avec l'expression de ma respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'Honneur

*En hommage de respectueuse
et très profonde affection.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND

Accoucheur des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le plus bienveil-
lant accueil dans son service.*

A MES MAÎTRES, DANS LES HOPITAUX

Stage.

- 1923-1924 Monsieur le Professeur SERGENT.
1923-1924 Monsieur le Professeur DELBET.
1924-1925 Monsieur le Professeur DEBRÉ.
1924-1925 Monsieur le Professeur Agrégé AUVRAY.
1925 Monsieur le Docteur GANDY.

Externat.

- 1926 Monsieur le Docteur WIART.
1927 Monsieur le Docteur HUBER.
1928 Monsieur le Docteur DEVRAIGNE.
1928 Monsieur le Docteur MOUCHET.
1929 Monsieur le Professeur CLERC.
1930 Monsieur le Professeur DEBRÉ.
1930 Monsieur le Docteur FAROY.

A MES AMIS

LE DOCTEUR COHEN-DELOORO

MM. MARX et COEN

Internes des Hôpitaux

ÉTUDE CLINIQUE DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES DES SUITES DE COUCHES

INTRODUCTION - HISTORIQUE

Trois étapes ont été parcourues dans l'étude des hémorragies secondaires des suites de couches.

Première étape. — Depuis Smellie, qui, au xviii^e siècle, ne fait que les mentionner, et Robertson, qui, en 1840, en donne la première étude, jusqu'à la fin du xix^e siècle, on ne leur accorde pas toute l'importance qu'elles méritent. On les attribue généralement à un défaut de la tonicité utérine, primitif ou consécutif à une affection générale. C'est dire que l'on tend surtout à mettre en œuvre une médication d'ordre général.

Seul Hervieux, en 1870, soupçonne la nature infectieuse de certaines hémorragies des suites de couches, mais il ne tire de cette idée aucune déduction thérapeutique.

Telle est la première étape.

Deuxième étape. — L'idée qui se fait jour ensuite, et que l'on tendra à admettre généralement, est que la rétention de débris placentaires reste la cause essentielle de ces hémorragies.

Certes, Pélaprat, dans sa thèse (1882), retient dans leur étiologie l'inflammation de la muqueuse utérine avec fragilité particulière des vaisseaux favorisant leur rupture. Mais, pas plus qu'Hervieux, il n'entrevoit de modifications dans le traitement.

La thérapeutique mise en œuvre est alors purement locale. A la suite de Budin, Pinard, Champe-

tier de Ribes, c'est l'ère des curages et des curettages souvent intempestifs.

La *troisième étape*, enfin, fut ouverte par M. le Professeur Couvelaire, dans sa communication du 8 mars 1926, à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique, et par les travaux qu'il a inspirés à ses élèves Noguères, Digonnet, Desnoyers, et Portes.

Il en résulte :

1° Qu'à côté des hémorragies par rétention placentaire, il en existe qui sont liées à l'infection, en l'absence de toute rétention placentaire ;

2° Que la gravité de ces hémorragies, qu'il y ait ou non rétention placentaire, est conditionnée par l'infection utérine concomitante, réalisant, quand cette affection existe, la forme métrorragique de l'infection puerpérale ;

3° Que cette infection peut être déclanchée ou diffusée avec une intensité extrême par toute manœuvre intra-utérine, curage ou curettage.

Ces notions ont pour corollaire des indications thérapeutiques nouvelles :

1° Plus de manœuvres intra-utérines : tout au plus est-on autorisé à cueillir un cotylédon placentaire en voie d'expulsion ;

2° Mise en jeu :

Ou bien d'un traitement purement médical ;

Ou bien d'une hystérectomie, soit d'emblée, soit après échec du traitement médical.

Sur le conseil de notre maître, M. le Docteur Devraigne, nous avons recherché, parmi les observations de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière, celles se rapportant aux hémorragies secondaires du post-partum. Leur étude analytique sera l'objet de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Nous n'avons retenu que les observations d'hémorragies, survenues *après accouchement à terme ou près du terme*, et survenant au moins 24 heures après l'accouchement.

Nous avons relevé vingt-deux observations, sur 31.566 accouchements correspondant à une période de dix ans, ce qui donne une moyenne approximative d'hémorragies, par rapport aux accouchements, de 0,7/1.000, proportion sensiblement conforme aux statistiques déjà publiées

*
**

Nous croyons devoir étudier séparément :

- 1° Les hémorragies par rétention placentaire ;
- 2° Les hémorragies sans rétention placentaire, groupant sous cette appellation tous les cas où le placenta a été considéré comme complet et qui ne se sont jamais accompagnées, par la suite, d'émission de débris placentaires.

Nous avons relevé :

Huit hémorragies par rétention placentaire.

Quatorze hémorragies sans rétention placentaire.

HÉMORRAGIES PAR RÉTENTION PLACENTAIRE

Étiologie

Aucun rôle étiologique ne peut être accordé à l'âge, ni à la *parité*, la majorité des cas se rapportant à des primipares et secundipares, comme la majorité de l'ensemble des accouchements d'ailleurs.

Rien non plus en ce qui concerne les *antécédents obstétricaux et gynécologiques*. Une fois seulement, on relève un avortement antérieur (Obs. VI).

L'histoire des *accouchements* ne présente pas davantage d'intérêt : Ils ont tous été normaux, spontanés. Notons seulement un accouchement gemellaire (Obs. IV).

Par ailleurs, ni forceps, ni version, ni délivrance artificielle.

Cinq fois, l'arrière-faix a paru complet, et on n'a pas observé d'hémorragie de la délivrance. Une fois (Obs. III) les membranes étaient déchirées. Deux fois (Obs. II et IV) l'accouchement ayant été pratiqué en ville, les renseignements nous ont fait défaut.

État avant l'hémorragie

Plus intéressante est l'étude des suites de couches jusqu'à l'apparition de l'hémorragie.

Dans trois cas (Obs. I-II-IV), l'accouchement ayant été pratiqué en ville, nous avons manqué de renseignements. On peut supposer cependant que rien d'anormal ne s'est produit jusqu'à l'hémorragie, à

l'occasion de laquelle les femmes sont entrées à l'hôpital.

Trois fois (Obs. III-VI-VII), on n'a constaté aucun symptôme anormal.

Dans deux cas seulement il y a eu des prodromes.

Dans l'un (Obs. V) la température s'est élevée progressivement du 9° au 11° jour, date de l'hémorragie, pour atteindre 38°2, tandis que le pouls atteignait 103.

Dans l'autre (Obs. VIII), le 3° jour, lymphagite du sein gauche, persistante, et le 6° jour, apparition d'une *angine rouge*, avec température à 40°3, précédant de 24 heures l'hémorragie. On peut se demander, alors qu'aucun phénomène local n'avait été observé jusqu'alors, si cette angine n'a pas été la porte d'entrée de l'infection, qui s'est avérée, par la suite, comme particulièrement redoutable et qui, exacerbée par une révision utérine, a été suivie rapidement de mort, malgré une hystérectomie pratiquée d'urgence.

En aucun cas on n'a signalé de symptômes locaux : pas d'utérus gros ou douloureux, pas de lochies fétides. L'hémorragie est le premier symptôme attirant l'attention sur l'utérus.

L'hémorragie

1° La *date*, variable, entre le 2° et le 12° jour.

1 cas, très précoce : le 2° jour, mais l'hémorragie se reproduit aux 11° et 12° jours (Obs. III).

1 cas le 4° jour (Obs. VI).

1 cas le 7° jour (Obs. VIII).

1 cas le 9° jour (Obs. VII).

1 cas le 10° jour (Obs. I).

2 cas le 11° jour (Obs. II-V).

1 cas le 12° jour (Obs. IV).

2° *L'abondance*, également variable, l'hémorragie étant tantôt unique, tantôt répétée.

Elle est faible dans un cas (Obs. I), d'abondance moyenne dans 5 cas (Obs. III-IV-VI-VII-VIII), très abondante dans deux cas (Obs. II-V).

3° Ses *caractères* sont banaux : sang rouge, homogène, avec ou sans caillots.

4° Les *signes concomitants* : dans la totalité des cas il y a élévation de la température et accélération du pouls. Deux fois, la température a dépassé 40° (Obs. III-IV). Trois fois elle a dépassé 39° (Obs. I-VII-VIII). Trois fois elle a dépassé 38° (Obs. II-V-VI).

5° Les *signes locaux* : une seule fois, l'examen de l'abdomen a révélé un fond utérin douloureux à la pression (Obs. VI). Pas de symptômes locaux dans les autres cas.

Traitement et évolution

La thérapeutique mise en œuvre a toujours comporté des manœuvres intra-utérines.

Six fois on a pratiqué une révision utérine suivie de curage.

Deux fois c'est un curettage que l'on a effectué (Obs. III et IV).

Six cas ont eu, plus ou moins rapidement, une évolution favorable.

Deux cas ont été mortels (Obs. VII-VIII), tous deux après curage suivi d'hystérectomie.

L'analyse des observations nous permet-elle de conclure à une relation entre l'accouchement, les suites de couches, les caractères de l'hémorragie, d'une part, et l'évolution d'autre part ?

Aucun des accouchements n'a présenté d'incidents particuliers.

Une seule fois (Obs. V) l'hémorragie a été précé-

dée d'une élévation thermique discrète, à 38°₂, et d'une accélération du pouls à 108.

L'hémorragie a été très abondante ainsi qu'en témoigne le pouls, atteignant près de 140 pour une température de 38°.

Et cependant, après curage sous anesthésie, l'amélioration est rapide, à aucun moment la température ne dépasse 38°, le pouls redevient rapidement normal et la malade quitte l'hôpital 8 jours après l'hémorragie.

Nous avons déjà signalé, à propos de l'observation VIII, l'angine grave avec température approchant de 40°, et nous nous sommes demandés s'il ne s'agissait pas de la porte d'entrée d'une infection que rien jusque là ne nous permettait de prévoir.

Donc, rien dans les prodromes, ni dans les caractères de l'hémorragie, ne paraît devoir faire préjuger de la gravité des suites.

C'est la nature du traitement qui, nous semble-t-il, influe plutôt sur l'évolution.

Le curettage a été pratiqué deux fois.

Une fois : *révision à la curette mousse* (Obs. III). et, malgré une endométrite certaine, malgré une température très élevée et un état général passablement altéré, au cours des deux premiers jours qui ont suivi l'intervention, l'évolution est rapidement favorable et la malade quitte le service 9 jours après la dernière hémorragie.

La seconde fois (Obs. IV) *curettage sous anesthésie ramenant d'importants débris placentaires.*

Il s'agit là d'une femme qui entre à l'hôpital dans un état grave. Elle a présenté une première hémorragie le 12° jour après l'accouchement et elle est hospitalisée le 16° jour à l'occasion d'une seconde hémorragie plus abondante.

La température atteint 40°₆, le pouls est à 140.

L'état est tellement alarmant que l'on fait précéder l'intervention d'une transfusion et d'injections sous-cutanées de sérum et d'huile camphrée.

Cependant, très rapidement une amélioration se manifeste et se confirme. En trois jours la température tombe aux environs de 38° et s'y maintient, exception faite d'un crochet thermique au 26^e jour qui paraît correspondre à des accidents sériques.

La femme sort au 39^e jour en bon état général. Seul persiste un pouls un peu rapide, aux alentours de 100.

Le *curage* a été pratiqué 6 fois.

Une fois l'amélioration a été très rapide (Obs. V, sur laquelle nous nous sommes déjà étendus plus haut).

Une fois, le curage a été suivi de symptômes alarmants (Obs. I) : frissons, température à 39°4, pouls à 108. Mais cet état ne dure pas et rapidement la température et le pouls redeviennent normaux.

Deux fois le curage a été suivi d'une aggravation, persistante, de l'état général.

Une fois (Obs. II) le curage a été pratiqué après trois jours de pertes abondantes.

La température, qui avait tendance à baisser, remonte, devient irrégulière, atteignant 40° et même 41°.

On entreprend une série de vaccins I.O.D. et ce n'est qu'à partir du 32^e jour, c'est-à-dire 18 jours après le curage, que la température et le pouls ont tendance à se stabiliser aux environs de la normale.

En somme, état septicémique ; on peut regretter qu'une hémoculture n'ait pas été pratiquée.

Une autre fois, (Obs. VI), hémorragie relativement précoce (4^e jour) s'accompagnant d'une élévation thermique à 38°. Le lendemain, la malade ne perd

plus, mais la température est à 40°5. Le jour suivant, révision utérine prudente, sous anesthésie générale, qui ramène un cotylédon entièrement libre, du volume d'une amande. Cette manœuvre provoque cependant une hémorragie très importante qui nécessite un tamponnement utérin au « virultra ».

Par la suite, température irrégulière, souvent élevée ; l'hémoculture pratiquée le 12^e jour, révèle la présence de streptocoques.

Traitement : Septicémie intra-veineuse. Chute de la température vers le 20^e jour. La femme sort guérie le 31^e jour.

Deux fois l'évolution a été mortelle.

Dans un cas (Obs. VII), pas de prodromes, hémorragie d'abondance moyenne, s'accompagnant d'une température à 39°3. Curage le même jour, sous anesthésie générale, curage très difficile, étant donné l'étroitesse de l'orifice utérin qui admet à peine deux doigts, et le caractère de nombreux débris placentaires, très adhérents, que l'on détache à grand peine en les sculptant véritablement dans le muscle utérin. Le soir même, température à 40°4. L'hémoculture se montre positive ; très nombreux streptocoques.

Le lendemain, devant la gravité de l'état général, on décide de pratiquer l'hystérectomie.

Après laparotomie, on constate une infiltration très marquée de la base du ligament large, bloquant littéralement l'utérus et rendant très difficile l'hystérectomie. On note également une infiltration inflammatoire des veines pelviennes droites, qui incite à pratiquer une ligature de la veine iliaque primitive droite, immédiatement en dessous de l'origine de la veine cave inférieure.

Ainsi, on est obligé de constater qu'à la suite du curage, l'infection s'est propagée avec une rapidité et une intensité extrêmes, puisque 48 heures

après, non seulement la septicémie est patente, mais encore, localement, le tissu cellulaire et les troncs veineux du petit bassin sont gagnés par l'infection, et, très vite, la femme succombe, après une légère rémission.

Dans l'autre cas (Obs. VIII) sur lequel nous nous sommes déjà étendus à propos de l'angine, c'est, après le curage, à une véritable flambée infectieuse que nous assistons.

Le lendemain, état général très altéré, température à 40°4, pouls à 140, hémoculture positive. L'hystérectomie, immédiatement pratiquée, ne parvient pas à enrayer l'évolution mortelle.

HEMORRAGIES SANS RÉTENTION PLACENTAIRE

Etiologie

Comme pour les hémorragies par rétention, ni l'âge, ni la *parité* ne jouent aucun rôle dans l'étiologie des hémorragies.

En ce qui concerne les accouchements, sur 14 cas, douze ont été normaux et n'ont rien présenté de particulier.

Des deux autres, l'un (Obs. X) a été pratiqué chez une femme qui venait de subir le matin même une arthrotomie. Il ne nous a pas été possible de retrouver l'observation chirurgicale concernant cette malade. Nous ignorons donc quelle a été la nature exacte de cette intervention, et pour quelle affection elle a été pratiquée. Si bien que nous ne savons quelle est la part à attribuer à cette affection dans l'étiologie de la maladie obstétricale qui nous intéresse.

L'autre présente par contre des particularités intéressantes (Obs. XII).

Il s'agit d'une femme hospitalisée à Lariboisière le 7 février 1924, pour excès de liquide et absence des bruits du cœur fœtal.

Le 11, début du travail et rupture de la poche des eaux.

Le 12, accouchement d'un enfant mort et macéré, pesant 4.770 grammes.

En présence de signes nets, d'infection amniotique, on pratique une délivrance artificielle.

Dans tous les cas la délivrance a paru complète et on n'a observé qu'une fois (Obs. XX) une hémorra-

gie de la délivrance arrêtée par une injection utérine iodo-iodurée.

Sept fois (Obs. IX-XIII-XIV-XVIII-XX-XXI-XXII), les suites de couches ont paru absolument normales jusqu'à l'apparition de l'hémorragie.

Une fois (Obs. XIX) on a constaté une accélération du pouls, du 2^e au 8^e jour, atteignant 90 et 100.

Six fois (Obs. X-XI-XII-XV-XVI-XVII) on a noté des signes infectieux, fièvre atteignant le plus souvent 39° ou 40° et s'accompagnant d'une accélération parallèle du pouls.

Parmi ces derniers cas, deux seulement ont permis la constatation de signes utérins : L'un (Obs. XI), douleurs à la corne utérine droite ; l'autre (Obs. XII, enfant macéré) utérus gros et mou avec lochies fétides.

L'hémorragie

1° La *date* varie également entre le 2^e et le 12^e jour.

1 cas le 2^e jour (Obs. XV).

3 cas le 6^e jour (Obs. XII-XIII-XVI).

1 cas le 7^e jour (Obs. XVIII).

2 cas le 9^e jour (Obs. XIV-XIX).

2 cas le 10^e jour (Obs. XVII-XXII).

2 cas le 11^e jour (Obs. XI et XX).

2 cas le 12^e jour (Obs. X et XXI).

1 cas dont le début précis est inconnu, la femme perdant depuis quelques jours au moment de son hospitalisation, le 11^e jour après l'accouchement (Obs. IX).

2° L'*abondance* est aussi variable et ne semble nullement en rapport avec la date d'apparition ou l'existence de symptômes concomitants :

6 fois elle est peu abondante (Obs. X-XI-XII-XIV-XV-XVI).

3 fois son abondance est moyenne (Obs. XIII-XVII-XXII).

4 fois elle est abondante (Obs. IX-XVIII-XIX-XXI).

Une fois elle est impressionnante (Obs. XX), s'accompagnant d'un syndrome d'hémorragie intense : pâleur très prononcée, état syncopal, pouls à 130.

Constatons que cette femme a présenté auparavant une importante hémorragie de la délivrance.

3° Les *signes concomitants* : Deux fois l'hémorragie est isolée, sans altération de l'état général (Obs. XIV et XVII).

Dans tous les autres cas, on relève une élévation de la température avec une accélération du pouls.

Une fois elle dépasse 40° (Obs. XII).

4 fois elle dépasse 39° (Obs. X-XII-XV-XIX).

7 fois elle dépasse 38° (Obs. IX-XI-XVI-XVIII-XX-XXI-XXII).

4° Les *signes locaux* : Aucune observation ne signale de modifications de l'état utérin.

Traitement et évolution

Dans ce groupe de faits, comme pour le précédent, le traitement nous paraît lié complètement à l'évolution.

Trois fois, aucun traitement n'a été mis en œuvre.

Sur ces trois cas, deux concernent une hémorragie légère.

(Obs. XI). La femme sort sur sa demande le lendemain de son hémorragie, dans un état, il est vrai, peu alarmant.

(Obs. XIV). La femme sort en bon état, 3 jours après son hémorragie.

Le troisième cas (Obs. XVIII) concerne une hémorragie d'abondance moyenne. Hormis des trou-

bles d'infection mammaire, qui s'accompagnent de quelques crochets thermiques, l'état général et l'état utérin ne présentent rien d'anormal.

Deux fois le traitement a été purement médical.

Dans un cas (Obs. IX) on s'est borné à lutter contre l'hémorragie et à mettre de la glace sur le ventre. L'état général d'abord alarmant, température à 40° , pouls à 120, s'améliore rapidement, encore que les pertes se répètent pendant une dizaine de jours ; la malade sort en bon état le 26^e jour après l'accouchement.

Dans l'autre (Obs. XXII) tout le traitement s'est résumé à deux injections sous-cutanées de 1 cc. d'hypophyse et l'évolution a été tout à fait satisfaisante.

Deux fois on a pratiqué seulement une injection vaginale chaude :

Dans un cas (Obs. XV), aggravation rapide de l'état général : Température à $40^{\circ}2$, se maintenant élevée le lendemain, irrégulière, atteignant jusqu'à 41° , s'accompagnant de frissons répétés, avec accélération parallèle du pouls. Tableau, en somme, de septicémie puerpérale, bien que la confirmation de cet état n'ait pas été demandée à l'hémoculture.

Traitement : Electrargol ; abcès de fixation le 11^e jour.

Amélioration rapide dès lors, et la femme sort guérie le 22^e jour.

Dans l'autre cas (Obs. XIX) tableau identique en raccourci. Le lendemain de l'hémorragie et de l'injection, température montant à 39° , puis à 40° , avec frissons, en même temps qu'il existe des signes légers d'endométrite.

Traitement : Pyoformine sous-cutanée.

Guérison en quelques jours.

Quatre fois on a pratiqué une injection intra-utérine suivie ou non d'un tamponnement.

(Obs. X) Injection intra-utérine chaude. Baisse en lysis de la température. Quitte le service en bon état deux jours après.

(Obs. XII) Fœtus macéré, infection amniotique. Injection iodée. Etant données la température élevée et la rapidité du pouls, on pratique une injection sous-cutanée de sérum anti-streptococcique que l'on répétera par la suite.

Sept jours après l'hémorragie on constate, cliniquement et bactériologiquement, l'existence d'une pyélite droite.

On n'en a pas moins pratiqué un abcès de fixation.

Nous n'avons pas de renseignements sur l'état ultérieur de la malade, celle-ci ayant quitté le service sur sa demande ; malgré une température à 40° et un pouls à 140.

(Obs. XVI) La malade a reçu trois injections intra-utérines ; la température, déjà en baisse, continue son mouvement, et la femme sort guérie le 11^e jour.

(Obs. XX) On traite surtout l'hémorragie qui, par son importance, est alarmante : transfusion, sérum.

Puis on pratique : injection vaginale chaude à la liqueur de Labarraque ; injection utérine, iodo-iodurée ; hypophyse 1 cc.

La guérison est obtenue rapidement.

Trois fois on a eu recours au curage digital suivi de curettage ou de révision à la curette mousse.

(Obs. XIII) Le lendemain : frissons, puis température à 39°5. Mais, très vite, tout redevient normal et la femme sort guérie le 14^e jour.

(Obs. XVII) Révision utérine, curettage, iodage, de la cavité de l'utérus. Aucun incident par la suite, la température reste normale et la femme quitte le service le 16^e jour.

(Obs. XXI) Début des pertes au 13^e jour.

La femme continuant à saigner au 23^e jour, on

fait une transfusion suivie de curettage. La température est à 38° , le pouls à 100. Le 27^e jour, une embolie pulmonaire vient révéler l'existence d'une phlébite pelvienne. Les jours suivants le foyer pulmonaire s'aggrave et on peut lui attribuer l'origine de la température élevée et irrégulière qui persistera autant que lui.

La femme quitte le service guérie, au 60^e jour.

Une question se pose à propos de ce cas : La phlébite est-elle imputable au curettage ? Non, si nous en croyons la feuille de température qui nous montre une élévation thermique entre 38° et 39° , sans dissociation du pouls il est vrai, les trois jours qui ont précédé l'intervention.

On ne peut soutenir cependant que cette manœuvre n'ait pas favorisé la phlébite, ou tout au moins l'embolie.

*
* *

Nous nous étions proposés d'étudier l'état ultérieur des malades dont nous avons relaté les cas, au cours des semaines, mois, et années, qui ont suivi l'accouchement.

Il nous semblait intéressant de voir s'il y avait eu un retentissement quelconque sur l'état général, gynécologique, ou obstétrical de ces femmes.

Malheureusement, la plupart de celles-ci n'ont pu être retrouvées et les réponses reçues ont été trop peu explicites pour qu'il nous soit permis d'en tirer une conclusion quelconque.

DEUXIÈME PARTIE .

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

Il nous a semblé intéressant de comparer :

1° Nos deux groupes d'observations entre eux, en tirant les conclusions qui en découlent ;

2° Notre statistique avec celle des principaux auteurs qui ont déjà travaillé cette question, et de noter les points particuliers qui résultent de cette comparaison.

Fréquence

La fréquence des hémorragies sans rétention est supérieure, dans la statistique de l'Hôpital Lariboisière à celles de Pieraggi et de Digonnet, inférieure à celle d'Eparvier, comme le montre le tableau ci-dessous.

Auteurs	DIGONNET	PIERAGGI	EPARVIER	BOUTET
Hémorragies par rétention	14	26	10	8
Hémorragies sans rétention	15	24	29	14

Etiologie

Les antécédents ne jouent aucun rôle dans l'apparition de l'hémorragie, ce qui est conforme aux statistiques des autres auteurs.

Accouchement et délivrance

Sur 22 accouchements, deux présentent seulement une particularité : l'un est une gemellaire (Obs. IV). l'autre un enfant macéré (Obs. XII).

Nous avons déjà signalé le fait que tous ces accouchements ont été spontanés. Nous ne relevons ni forceps, ni version, alors que les statistiques antérieures signalent un nombre relativement important de forceps, d'extractions de siège, de versions et d'embryotomies.

Nous avons une délivrance artificielle pour infection amniotique (Obs. XII) et une hémorragie après la délivrance (Obs. XX), tandis que Dignonnet note 6 hémorragies sur 26 cas, Pieraggi 4 délivrances artificielles et 3 hémorragies sur 26 cas, Eparvier 5 délivrances artificielles sur 39 cas.

Suites de couches jusqu'à l'apparition de l'hémorragie

Anderodias et Pery, dans leur rapport au congrès de Bordeaux 1931, signalent, sur 138 cas avec rétention : 72 cas fébriles, soit une proportion de plus de 50 %.

Nous n'avons constaté qu'une élévation thermique, et encore discrète, sur 8 cas, soit une proportion de 12,5 %.

Ces mêmes auteurs signalent, sur 92 cas sans rétention : 34 cas fébriles, soit une proportion de 36,95 % alors que nous avons relevé 6 cas sur 14, soit une proportion de 42,85 %.

Ainsi, dans la forme hémorragique de l'infection puerpérale, nous avons noté des suites de couches fébriles dans près de la moitié des cas, ce qui semble beaucoup plus conforme à la logique, contrairement à la statistique ci-dessus.

Les hémorragies par rétention sont d'origine purement mécanique et dues au décollement d'un fragment placentaire, et l'on comprend que les suites de couches ne soient habituellement pas fébriles.

Les hémorragies sans rétention étant d'origine infectieuse, il n'est pas surprenant de trouver la fièvre dans leurs prodromes.

L'hémorragie

L'étude de nos observations semble prouver que les hémorragies dues à une rétention placentaire sont en général plus abondantes que les hémorragies sans rétention.

En comparant avec les résultats des travaux déjà publiés, on constate que Pieraggi et Eparvier arrivent au même résultat que nous. La statistique de Digonnet, par contre, est moins probante.

Auteurs	Hémorragies par rétention		
	Légères	Moyennes	Abondantes
DIGONNET	3	2	10
PIERAGGI	2	13	9
EPARVIER	1	0	9
BOUTET	1	5	2
Hémorragies sans rétention			
DIGONNET	1	4	10
PIERAGGI	12	6	6
EPARVIER	12	8	6
BOUTET	6	3	5

HÉMORRAGIES PAR RÉTENTION

Auteurs	Traitement médical	Traitement obstétrical	Traitement chirurgical	Résultats	Mortalité
DIGONNET	1 cas	1 curetage 8 curages	 4 hystérectomies.	Guérison. Guérison. 4 guérisons. 4 morts par septi- cémie. 2 guérisons. 2 morts.	42,85 %
NOGUERES	5 cas	24 cas	 4 hystérectomies. 1 porro.	3 guérisons. 2 morts. 15 guérisons. 9 morts. 3 guérisons. 2 morts.	32,25 %
EPARVIER	0 cas	9 curages	 0 cas.	7 guérisons. 2 morts.	22,22 %
PIERAGGI	1 cas	25 cas	 0 cas.	guérison. 21 guérisons. 4 morts.	19,23 %
VERMELIN	0 cas	1 curetage 7 curages	 0 cas.	guérison. 3 guérisons. 1 mort.	12,50 %
GROSSE	0 cas	11 cas	 0 cas.	10 guérisons. 1 mort.	9,99 %
REEB	1 cas	14 curages Un curage a dû être complété par 2 curetages.	 1 hystérectomie vaginale.	guérison. 13 guérisons 1 mort. 2 guérisons 1 mort.	6,66 %
BOUTET (cas personnels)	0 cas	2 curetages 6 curages		2 guérisons. 4 guérisons. 2 morts après hysté- rectomie.	25 %
Au total, sur 123 cas, 93 guérisons et 30 morts, soit un pourcentage de mortalité de 24,39 %.					

HÉMORRAGIES SANS RÉTENTION

Auteurs	Traitement médical	Traitement Obstétrical	Traitement chirurgical	Résultats	Mortalité
DIGONNET	3 cas.	 10 cas.	 2 hystérectomies.	3 guérisons. 7 guérisons. 3 morts. 2 guérisons.	20 %
PIERAGGI	6 cas.	 18 cas.	 4 hystérectomies.	6 guérisons. 15 guérisons. 3 morts. 2 guérisons. 2 morts.	16,66 %
EPARVIER	10 cas.	 19 cas.	 0 cas.	10 guérisons. 18 guérisons. 1 mort.	3,47 %
VORON et PIGEAUD	6 cas.	 0 cas.	 0 cas.	6 guérisons.	0 %
BOUTET (cas personnels)	2 cas.	 2 injections vaginales. 4 injections intra-utérines. 3 curages.	 0 cas.	2 guérisons. 2 guérisons (après état septicémique). 3 guérisons. 1 cas d'évolution inconnue. 2 guérisons rapides. 1 guérison après embolie.	 0 %
		Pas de traitement : 3 cas.		3 guérisons.	
Au total, sur 92 cas : 82 guérisons, 9 morts, 1 cas d'évolution inconnue. Soit un pourcentage de mortalité de 9,78 %.					

Traitement et résultats

Nous avons, dans les deux tableaux des pages précédentes, relevé les résultats obtenus jusqu'à ce jour par les traitements médical, obstétrical, et chirurgical.

Nous ne tenons compte, dans ce dernier groupe de faits, que des hystérectomies pratiquées d'emblée, et non pas de celles qui ont été précédées d'une manœuvre intra-utérine quelconque, curage, ou curetage.

Ainsi, dans nos cas personnels, la gravité beaucoup plus considérable des hémorragies par rétention, apparaît d'une façon particulièrement accusée, puisqu'elle comporte 25 % de mortalité contre une mortalité nulle en ce qui concerne les hémorragies sans rétention.

De même, la statistique de l'ensemble des cas, tout en manifestant une disproportion moins grande, vient confirmer ce que nous avançons : 24,39 % contre 9,78 %.

A un autre point de vue, il est intéressant de comparer les résultats des divers traitements.

En rassemblant les cas de Digonnet, Noguères, Pieraggi, Eparvier, Vermelin, Grosse, Reeb, Voron et Pigeaud, nous avons :

Mode de traitement	Nombre de cas	Résultats	Mortalité
Médical	38	36 guérisons 2 morts	5,26 %
Obstétrical	146	117 guérisons 29 morts	19,86 %
Chirurgical d'emblée	15	9 guérisons 6 morts	40 %

CAS PERSONNELS

Mode de traitement	Nombre de cas	Résultats	Mortalité
Médical	5	5 guérisons	0 %
Obstétrical	17	15 guérisons 2 morts	11,76 %
Chirurgical d'emblée	0	0	0

Anderodias et Pery, dans leur Rapport au Congrès de 1931, distinguent plusieurs catégories de malades, au point de vue de leur évolution clinique.

Premier groupe : Les malades ne présentent manifestement aucune infection ; l'hémorragie est un accident purement mécanique, dû à une rétention placentaire. Après expulsion spontanée ou extirpation des cotylédons retenus, la guérison s'ensuit.

Deuxième groupe : Il y a un début d'infection, mais purement locale, au niveau des fragments placentaires, dont l'ablation fait tout rentrer dans l'ordre.

Troisième groupe : Il existe une infection absolument latente qui va se déclencher à l'occasion d'une intervention intra-utérine, et donner lieu à des phénomènes infectieux locaux ou généraux.

Quatrième groupe : L'infection est manifeste, avant tout accident hémorragique.

Ces conclusions, correspondant, certainement à des faits exacts, ne répondent pas à la réalité clinique.

Comment prévoir, en effet, a priori, l'évolution ultérieure ? Nous avons déjà insisté sur ce fait que rien, ni dans les prodromes, ni dans les caractères de l'hémorragie, ne permettait de préjuger de

l'évolution future ; que c'était la nature du traitement qui semblait conditionner cette évolution.

L'analyse de toutes les observations relevées plus haut, y compris nos cas personnels, montre que, dans certains cas il existe des prodromes pré-hémorragiques inquiétants, ou bien que l'hémorragie s'accompagne de signes alarmants, et cependant l'évolution est très souvent favorable.

Dans d'autres cas, à l'inverse, les suites de couches sont absolument normales, l'hémorragie peu inquiétante par elle-même, et soudain, après une intervention, on voit se développer une infection rapide qui emporte la malade en quelques heures ou en quelques jours.

Les résultats des trois grands ordres de traitement, médical, chirurgical, et obstétrical, nous fournissent à ce point de vue, des renseignements importants.

1° Le *traitement médical* comporte incontestablement le minimum de risques ; c'est à lui qu'il faudra s'adresser, chaque fois que l'abondance de l'hémorragie ou l'intensité de l'infection ne semble pas compromettre la vie de la malade.

Comme l'explique le professeur Couvelaire, dans son rapport du Congrès de Bordeaux 1931, le traitement médical doit avoir pour but :

a) *De réparer les pertes sanguines* : sérum physiologique, sous-cutané ou intra-veineux ; sérum glycosé rectal ; transfusion sanguine.

b) *D'augmenter la coagulabilité du sang* : sérum de cheval sous-cutané ; chlorure de calcium.

c) *De faire contracter l'utérus* : extrait de lobe postérieur d'hypophyse à doses fractionnées, répétées ; vessie de glace sur le ventre.

d) *De lutter contre l'infection* : sérothérapie anti-treptococcique ; vaccinothérapie ; immuno-trafusions.

2° *Le traitement obstétrical* comporte une grosse mortalité. Les statistiques le prouvent, et le professeur Couvelaire et ses élèves ont longuement insisté sur les dangers des manœuvres intra-utérines.

Les deux cas mortels de la statistique de l'Hôpital Lariboisière en sont l'illustration : Il n'est pas douteux qu'à la suite de curages longs, pénibles, dissociant certainement des fibres de la musculature utérine, ouvrant des lymphatiques, une véritable flambée infectieuse s'est manifestée par des accidents locaux graves et septicémiques.

Il est incontestable qu'un grand nombre de manœuvres intra-utérines ont été à l'origine de la dissémination infectieuse.

A quel traitement faut-il donc s'adresser dans les cas graves ?

3° *Le traitement chirurgical* comporte, de prime abord, une mortalité considérable, même en ne tenant compte que des hystérectomies pratiquées d'emblée et ne succédant pas à des manœuvres intra-utérines.

Mais, comme le fait remarquer très justement M. le Professeur Couvelaire, dans son rapport, il faut considérer, que la plupart de ces hystérectomies ont été pratiquées en dernier ressort chez des malades dont l'état était particulièrement grave, chez des femmes très anémiées, ou surtout en état d'infection inquiétante.

Pour la plupart des cas, on peut se demander même si les malades sauvées n'auraient pas succombé sans intervention.

Il est certain d'ailleurs qu'en posant plus précocement les indications opératoires, en améliorant le drainage, en usant peut-être plus largement du mikulickz, on pourra améliorer cette statistique.

Incontestablement, l'ablation en masse du foyer

infectieux que représente l'utérus est une opération parfaitement logique, et vraiment conforme aux données actuelles de la science. En ce qui concerne ces deux cas mortels on peut se demander à bon escient si une hystérectomie pratiquée d'emblée, n'aurait pas modifié favorablement le pronostic. Aussi nous croyons ne pouvoir mieux conclure qu'en reproduisant les paroles mêmes du professeur Couvelaire :

« En face d'une métrorragie survenant plus ou moins tardivement au cours des suites de couches, la sagesse est de ne pas se précipiter, de tenir pour souvent inutiles et parfois redoutables les explorations et interventions intra-utérines, de se borner à « cueillir » les côtylédons en voie d'expulsion, qui s'offrent au toucher digital pratiqué sans violence, d'avoir confiance dans les traitements médicaux, judicieusement adaptés à chaque situation particulière, et de ne pas craindre, dans les cas heureusement exceptionnels, de recourir à l'hysterec-tomie ».

Observations

OBSERVATION I. — Madame L., 25 ans, I. par. Entrée le 20 décembre 1923 (Amenée par une sage-femme chez qui elle avait accouché le 11 décembre 1923.)

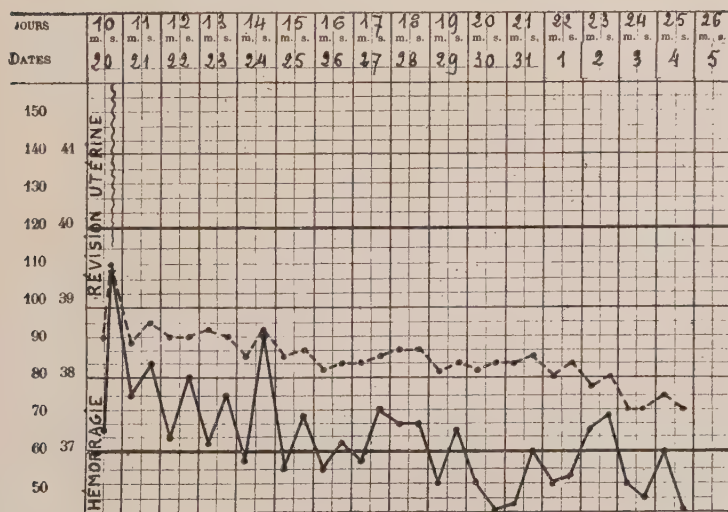
Accouchement : spontané à terme, fille vivante, 4 kg. 500.

Délivrance ; placenta complet, pesant 600 gr.

Suites de couches. — Le 20 décembre, à 14 heures, *hémorragie* de faible abondance. A 15 heures, revision utérine, ramenant des débris placentaires pesant 15 grammes. Iodage de la cavité utérine au doigt, suivi d'une injection utérine à la solution de Tarnier.

Température, 37°3, pouls 92, avant et après intervention. De 20 heures 30 à 21 heures. Frissons. Température 39°4, pouls 108.

Sort guérie le 25^e jour après l'accouchement.



OBSERVATION I

OBSERVATION II. — Madame D..., 30 ans, IV. pare. Entrée le 15 avril 1925. (Amenée de chez elle où elle avait été accouchée par une sage-femme de ville.)

Accouchement : a eu lieu le 4 avril 1925.

Délivrance : ?

Suites de couches : La femme se lève le 11^e jour après l'accouchement. Le 15 avril, au matin, elle fait une *hémorragie* abondante ; à 22 h. 40, elle entre à Lariboisière.

Aspect de la malade : teint très pâle ; a été prise à plusieurs reprises de vertiges. Pouls 110, température, 37°4.

Examen : utérus est à deux travers de doigt environ au-dessus de la symphyse pubienne.

Traitement d'urgence : huile camphrée, 20 cc. ; sérum artificiel, 500 cc.

Le 18 avril, la femme perdant toujours des caillots, on pratique un curage digital sous anesthésie chloroformique. On ramène quelques débris placentaires. Tamponnement utéro-vaginal, l'utérus ne se rétractant pas bien.

Le 19 avril, à 8 heures, on retire le tamponnement.

Les jours suivants, la température demeurant élevée, le pouls rapide, on fait du vaccin I.O.D.

Le 32^e jour, les signes généraux ont disparu.

La femme sort guérie le 39^e jour des suites de couches.

(Voir page 39 le diagramme de cette observation).

OBSERVATION III. — Madame M..., 24 ans, I. pare. Entrée le 14 avril 1926.

Grossesse : D. R. 10 au 15 août 1925.

Accouchement : Le 15 avril 1926, à 22 heures 45, naturel ; fille vivante 3 kg. Un circulaire lâche du cordon autour du cou, passé au-dessous des épaules.

Délivrance : naturelle complète (?). Placenta 550 gr. Membranes déchirées incomplètes.

Suites de couches : le 16 avril, pertes sanglantes assez abondantes.

Le 17 avril, elles demeurent, mais très diminuées.

Le 20 avril, les pertes continuent quoique peu abondantes.

Le 21 avril : lochies fétides. Injection vaginale.

Le 23 avril : angine pultacée.

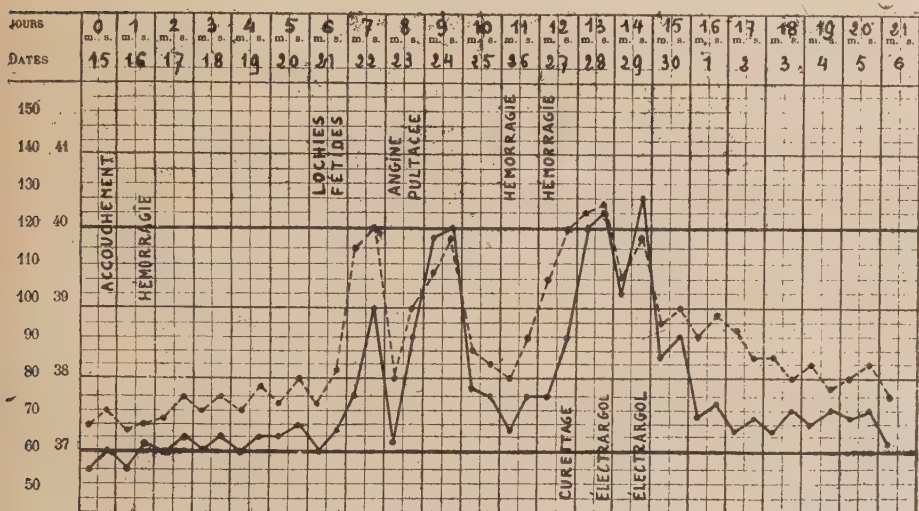
Le 24 avril, persistance de l'angine, badigeonnage à la glycérine iodée ; gargarisme à l'eau oxygénée.

Le 26 avril, reprise de l'hémorragie.

Le 27 avril, à 1 heure du matin, hémorragie abondante, pouls faible. Hypophyse. — A 7 heures, hémorragie abondante.

Revision à la curette mousse. Un cotylédon est ramené.

Le 28 et 29 avril, électargol. Très rapidement une amélioration survient, et guérie, la malade quitte l'hôpital le 21^e jour, des suites de couches.



OBSERVATION III

OBSERVATION IV. — Madame F., 36 ans. II. pare. Entrée le 30 avril 1929. (Amenée le 30 avril par ambulance, pour hémorragies depuis le 26.)

Antécédents : 1^{er} accouchement normal ; 2^e accouchement : version podalique par manœuvres internes pour présentation de l'épaule. Enfant vivant.

Accouchement : le 14 avril 1929, (gemellaire) chez elle.

Délivrance : ?

Suites de couches : Première hémorragie le 26 avril, au 12^e jour des suites de couches.

Le 20 avril, à 16 heures, hémorragie plus abondante, pouls à 132. La femme entre à Lariboisière où on lui fait 600 gr.

de sérum sous-cutané et 20 cc. d'huile camphrée. Pouls mieux frappé 112. A 19 heures, premier essai de transfusion qui ne réussit pas.

A 21 heures, transfusion de 300 gr. ; les vertiges s'atténuent ; pouls bien frappé.

Au toucher : orifice du col utérin entr'ouvert et plein de caillots.

Au palper : le corps utérin remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Curettage sous anesthésie à la curette mousse ; on ramène d'importants débris placentaires. Injection intra-utérine à la liqueur de Tarnier. Tamponnement intra-utérin. Pouls à 120.

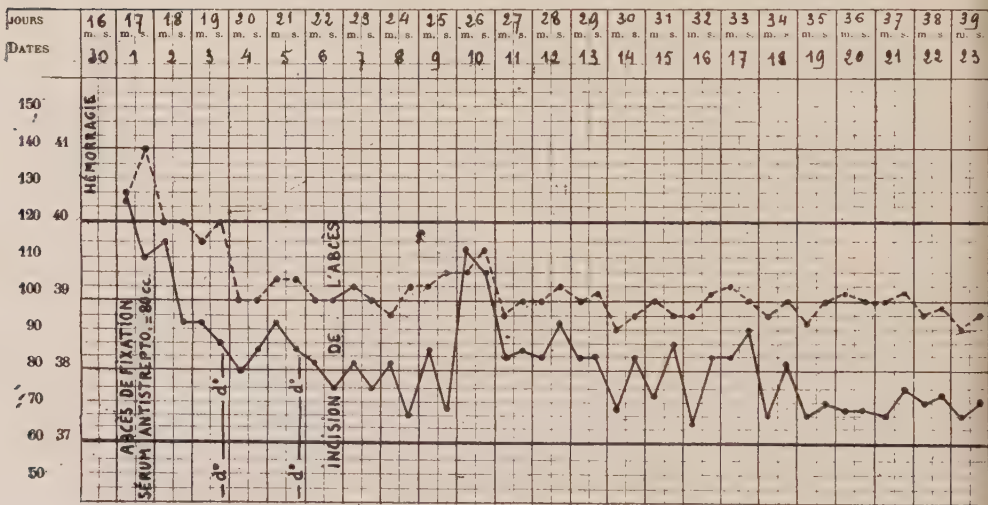
Le 1^{er} mai, à 4 heures, pouls à 108, bien frappé. A 8 heures, température élevée. Abscès de fixation. Sérum antistreptococcique 80 cc.

Le 3 mai, sérum antistreptococcique, 80 cc. Le 5 mai, idem.

Le 6 mai, incision de l'abcès.

Le 10 mai, douleurs rhumatoïdes, vraisemblablement dues à des accidents sériques.

La femme est guérie, et sort le 39^e jour des suites de couches.



OBSERVATION IV

OBSERVATION V. — Madame N..., 36 ans. II. pare. Entrée le 9 janvier 1933, à 5 h. 30.

Antécédents physiologiques : réglée à 18 ans. — *Obstétricaux* : un accouchement normal, enfant mort de méningite tuberculeuse à 5 ans.

Grossesse : D. R. 27 mars. — 1^{er} avril 1932.

Accouchement : le 9 janvier 1933, à 7 h. 30 ; prématuré, 8 mois et demi. Fille vivante, 2 kg. 625.

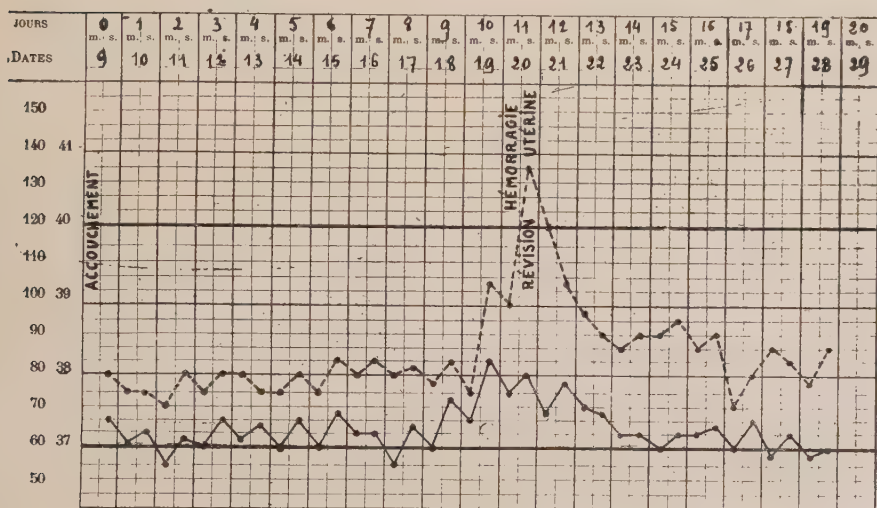
Délivrance : naturelle complète. Placenta 450 gr.

Suites de couches : Le 20 janvier (11^e jour des suites de couches), hémorragie assez abondante de sang rouge.

On fait un curage digital sous anesthésie, et l'on ramène un assez gros cotylédon.

Sérum physiologique sous-cutané, 250 gr. ; huile camphrée, 10 cc.

L'état général s'améliore rapidement et la malade sort guérie le 19^e jour des suites de couches.



OBSERVATION V

OBSERVATIONS VI. — Madame B..., 24 ans. II. pare. Entrée le 28 janvier 1933, à 6 heures 30.

Antécédents : un avortement au terme de deux mois.

Grossesse : D. R. 28 avril 1932.

Accouchement : le 28 janvier 1933, à 11 heures 30. A terme, garçon vivant 3 kg. 160

Délivrance : naturelle complète. Placenta, 480 gr.

Suites de couches. : le 1^{er} février, céphalée, courbature, hémorragie peu abondante. Température, 38°6 ; pouls, 100. Aspirine 0 gr. 50.

Le 2 février, céphalée, température 40°5 ; pouls, 100.

Fonds utérin douloureux à la pression. Hémorragie d'abondance moyenne.

Le 3 février, révision utérine dans l'après-midi ; cotylédon entièrement libre dans la cavité utérine, du volume d'une grosse amande. Curage. Hémorragie très importante à la suite du curage. Tamponnement au Virultra laissé 4 heures ; septicémie 4 cc.

Le 4 février, septicémie, 4 cc. La température s'abaisse, le pouls est moins rapide.

Le 9 février, réascension thermique à 40°4. Hémoculture ; streptocoques.

Les jours suivants : septicémie, 4 cc. La température descend à nouveau ; la femme sort, guérie, le 27 février.

(Voir page 39 le diagramme de cette observation).

OBSERVATION VII. — Madame D... Age ? Parité ? Entrée le 8 février 1933 (Amenée de chez une sage-femme de ville).

Antécédents : ?

Accouchement naturel, à terme, fille vivante, 3 kg., le 28 janvier 1933.

Délivrance : paraissant complète.

Suites de couches : Rien jusqu'au 8^e jour. Température à 37°5.

Le 9^e jour : température à 39°3. Hémorragie. Elle rentre chez elle, malgré l'avis de la sage-femme.

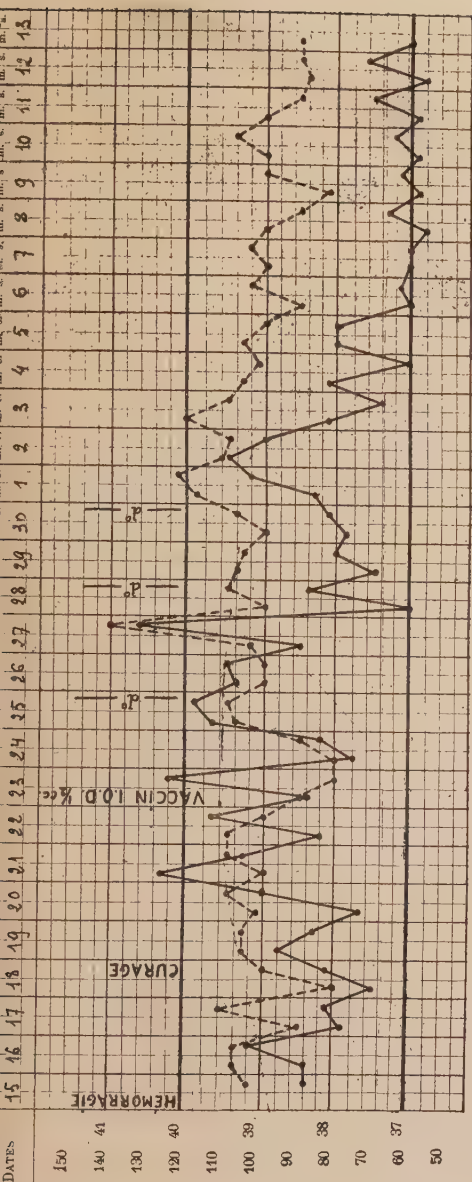
Le 8 février (10^e jour des suites de couches), elle vient se faire hospitaliser à Lariboisière.

Le 9 février, curage. Le curage est rendu difficile par l'étroitesse de l'orifice utérin, n'admettant qu'à grand-peine deux doigts. Nombreux débris placentaires, très adhérents, détachés difficilement.

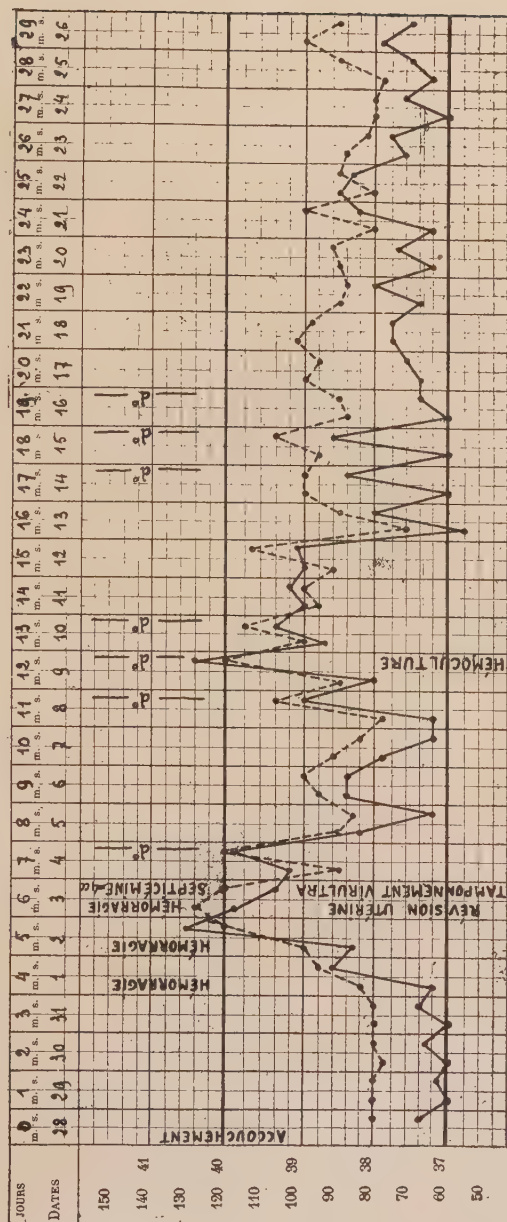
Etat général grave. Température, 40°7 ; pouls, 130.

Hémoculture : streptocoque hémolytique.

Le 11 février, devant les signes généraux graves, on décide de pratiquer l'hystérectomie.



OBSERVATION II

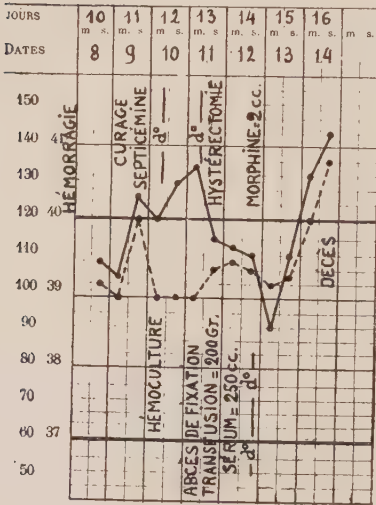


OBSERVATION VI

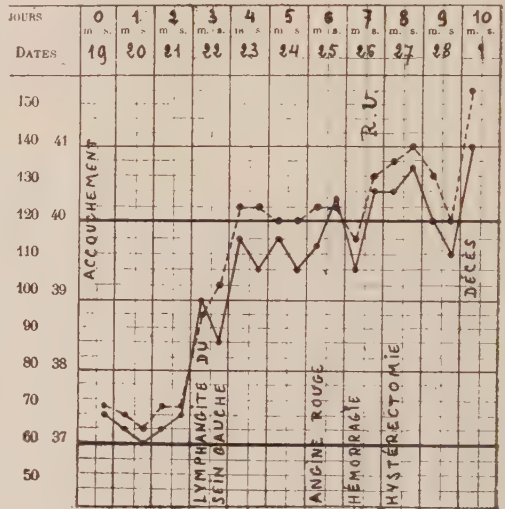
Compte-rendu opératoire : 1° Hystérectomie subtotale difficile à cause de l'infiltration de la base du ligament large.

2° On sent une infiltration de la veine. On pratique une ligature à la soie de la veine iliaque primitive droite, immédiatement au-dessous de la bifurcation de la veine cave. Péritonisation de cette brèche. Mickulicz, avec trois mèches. Fermeture aux bronzes, en un plan.

Le 14 février, la température s'élève à 41°3. Mort de la femme.



OBSERVATION VII



OBSERVATION VIII

OBSERVATION VIII. — Madame P., Age 3 Parité 3 Entrée le 19 février 1933.

Antécédents : 3

Grossesse : 3

Accouchement naturel, à terme ; garçon vivant, 4 kg.

Délivrance naturelle et complète. Placenta 610 gr.

Suites de couches : Le 22 février 1933, lymphagite du sein gauche. Température 39°, pouls 96.

Le 25 février, angine rouge. Température, 39°7 ; pouls, 124.

Le 26 février, la femme perd un gros caillot.

Révision utérine, ramenant quelques débris placentaires.

Tamponnement utérin. Transfusion sanguine 200 gr.

Le 27 février, hystérectomie subtotale. Hémoculture : staphylocoques. Température, $40^{\circ}4$; pouls, 130.

Le 28 février, état général très mauvais. Température, 40° ; pouls, 132.

Le 1^{er} mars : Mort de la femme.

OBSERVATION IX. — Madame B... Age, ? Parité ? Entrée le 13 janvier 1923. (Amenée par une sage-femme de ville chez qui elle avait accouché le 3 janvier 1923.)

Accouchement : Avait paru normal (D.R. 17 mai 1922) et à terme. Enfant vivant, 2 kg.

Délivrance : ?

Suites de couches : Pendant son séjour chez la sage-femme, pas de fièvre, mais pertes rouges abondantes.

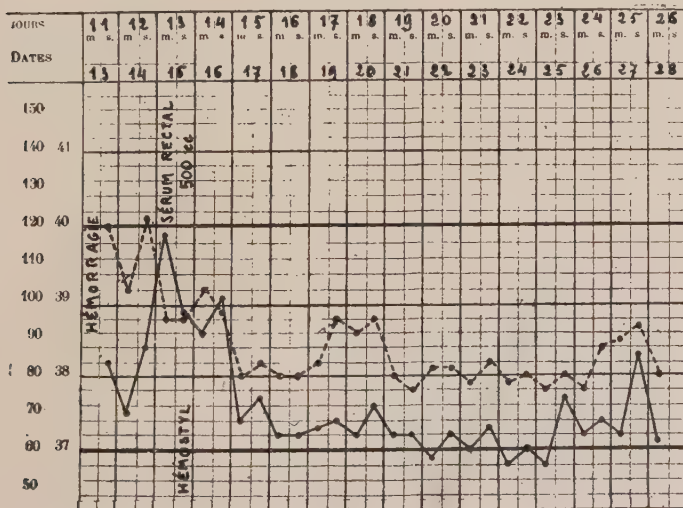
Admise à la salle Perreau (Isolement de la Maternité de La-riboisière). Température, 38° ; pouls, 120.

Facies pâle, conjonctive décolorée ; semble avoir perdu depuis l'accouchement.

Hauteur utérine : Un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Toucher vaginal : Col perméable, œdème vulvaire.

Le 15 janvier : La température s'élève à 40° . Glace sur le ventre, sérum rectal, Hémostyl.



OBSERVATION IX

Le 17 janvier : Température à 37°4, pouls à 80. Etat général meilleur. Hauteur utérine : 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 21 janvier : OEdème vulvaire disparu.

Le 24 janvier : Arrêt de l'hémorragie.

Le 28 janvier : Sort sur sa demande (26^e jour des suites de couches.

Mars 1933 : La femme ne présente rien d'anormal, pas de nouvelle grossesse, bien réglée, quelques pertes blanches.

OBSERVATION X. — Madame R... 22 ans, II. pare. Entrée le 26 janvier 1923, à la salle Gosselin (Chirurgie).

Le 21 janvier : Douleur du genou gauche. Le 31 janvier : Rachianesthésie, arthrotomie, fermeture sans drainage.

Premières douleurs le soir même, vers 18 heures.

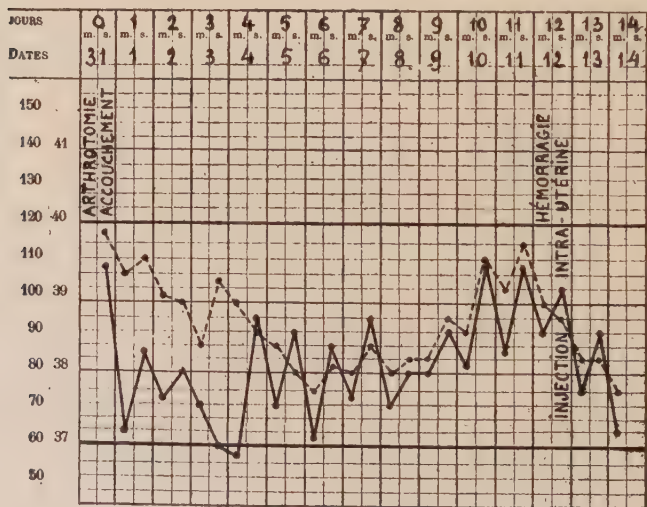
Accouchement spontané à terme une demi-heure après (D.R. fin mai). Filles vivante, 2.200 gr.

Délivrance : ?

Antécédents : Première grossesse normale, fille vivante de deux ans.

Suites de couches : Le 6 février : bronchite.

Le 10 février : Les signes persistent, rien à signaler au niveau de l'utérus.



OBSERVATION X

Le 12 février : Au matin, la malade a fait subitement une hémorragie utérine.

Injection intra-utérine.

Les jours suivants, la température s'abaisse progressivement. La femme sort sur sa demande le 14^e jour, très améliorée.

OBSERVATION XI. — Madame B..., 21 ans, I. pare. Entrée le 25 mai 1923.

Grossesse : D. R. 15, 16 août 1922.

Accouchement : Le 25 mai 1923, à 16 h. 30, spontané, à terme, enfant vivant, 3 kg. 230.

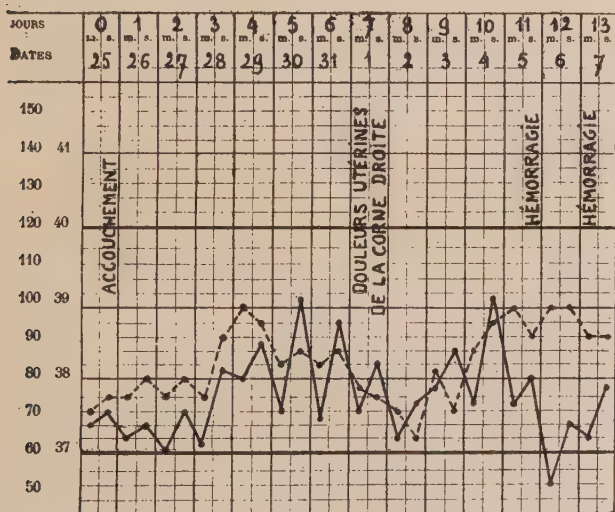
Délivrance : Naturelle et complète. Placenta 530 gr.

Suites de couches : Enfant mort le 30 mai.

Le 1^{er} juin, la femme se plaint au palper de douleurs au niveau de la corne droite. La paroi est un peu contracturée. Pas de lochies fétides.

Le 5 juin, au soir, la malade a perdu un gros caillot sanguin avec une petite quantité de sang liquide.

Le 6 juin, le ventre est souple, non douloureux ; légère ascension du poulx. Pas d'œdème du membre supérieur. Un peu d'héyarthrose du genou gauche.



OBSERVATION XI

Le 7 juin, elle a encore perdu du sang. Le poulx est rapide. Pas de signes de phlegmatia.

Sort sur sa demande le 8 juin, bien que la température soit encore à 37°9 et le poulx à 92.

OBSERVATION XII. — Madame L... Age 32 H. paré. Entrée le 7 février 1924.

Antécédents : Fausse couche il y a deux ans (au terme de 6 mois).

Grossesse : Le 5 janvier 1924, tête mobile droite. Enfant vivant.

Le 16 janvier : Excès de liquide, tête mobile, enfant vivant.

Le col diminue de longueur, promontoire non atteint.

Le 7 février : Tête en bas, bruits du cœur non perçus, excès de liquide. A perdu du liquide.

Le 9 février : Pas de colostrorrhée.

Le 11 février : Ressent depuis le matin quelques douleurs espacées tous les quarts d'heure. A perdu toute la nuit du liquide. Un peu de colostrorrhée. A 22 heures, la parturiente est admise à la salle de travail sans avoir été touchée.

Accouchement : Le 12 février 1924, à 6 h. 45, spontané de la tête très macérée. On essaye inutilement de dégager les épaules.

Au toucher : Le col est dilaté à 5 francs et entoure le cou du fœtus. On met un champ stérile sur la tête et on attend. Les douleurs cessent.

A 9 heures, quelques douleurs de temps à autre.

A 10 heures, nouvel examen : Le col est plus souple se dilate à petite paume. L'épaule postérieure s'engage dans l'orifice du col.

A 10 h. 30 : M. Devraigne, à sa visite, ordonne de rechercher le sucre dans les urines.

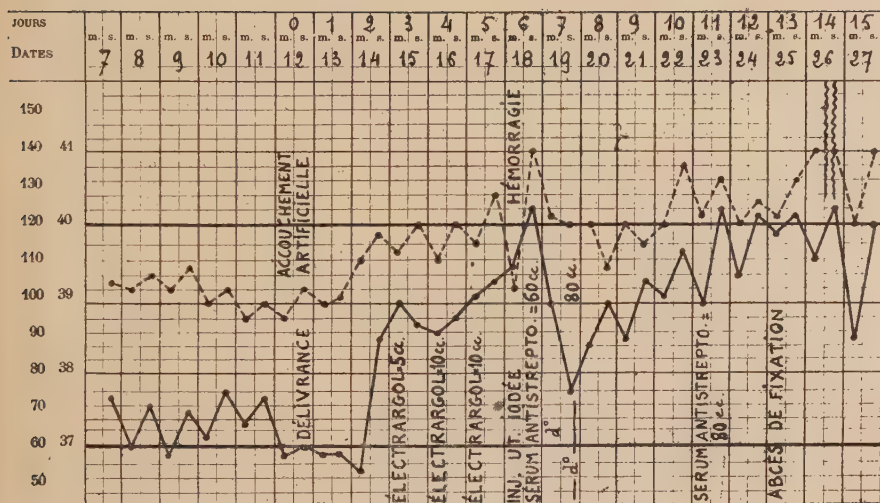
A 14 h. 25 : expulsion spontanée du tronc.

Enfant mort et macéré, 4 kgr. 570.

Délivrance : A 17 heures, délivrance artificielle, pour fétidité du liquide amniotique. Après la délivrance, l'utérus reste mou ; la femme perd. Injection utérine iodée, huile camphrée 10 cc.

Placenta 570 grammes : Complet ?

Suites de couches : Le 13 février : Femme très asthénisée, très pâle, utérus gros et mou.



OBSERVATION XII

Le 14 février : Pouls petit, langue assez propre, lochies fétides, utérus gros, écouvillonnage. Injections utérines, bouillie lactique dans l'utérus.

Le 15 février : Fond utérin à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic ; lochies sanglantes.

Le 16 février : Montée laiteuse.

Le 18 février : Hémorragie assez peu abondante, 3 ou 4 gros caillots. Utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Injection utérine iodée ramenant quelques caillots. Sérum antistreptococcique.

Le 19 février : Injection utérine iodée, ne ramenant rien ; col moins perméable que la veille.

Le 20 février : utérus à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 21 février : même hauteur utérine. Mèche de sérum antistreptococcique, dans l'utérus pendant 4 heures.

Le 25 février : Palpation de l'abdomen : douleur à droite sur le trajet de l'uretère. Pas de frisson ni de céphalée. Pouls rapide difficilement perceptible. La malade a un tremblement très marqué des membres supérieurs, à petites oscillations.

Examen des urines : glucose = 0. Hématies. Pus en forte proportion. Acide urique et urates.

Abcès de fixation : 2 cc. de térebenthine.

Le 26 février : pansement intra-utérin au sérum anti-streptococcique, après injection utérine à la liqueur de Labarraque. Laisse 4 heures.

Une pince introduite dans la cavité utérine avait d'abord déterminé la sortie d'un liquide jaune purulent, très fétide.

Le 27 février : la malade se sent mieux. Frisson la veille au soir. Le pouls reste rapide et petit. Cavité utérine, paraissant moins profonde. Aucun écoulement de liquide. Nouveau pansement utérin au sérum anti-streptococcique.

La malade sort sur sa demande malgré l'avis du médecin.

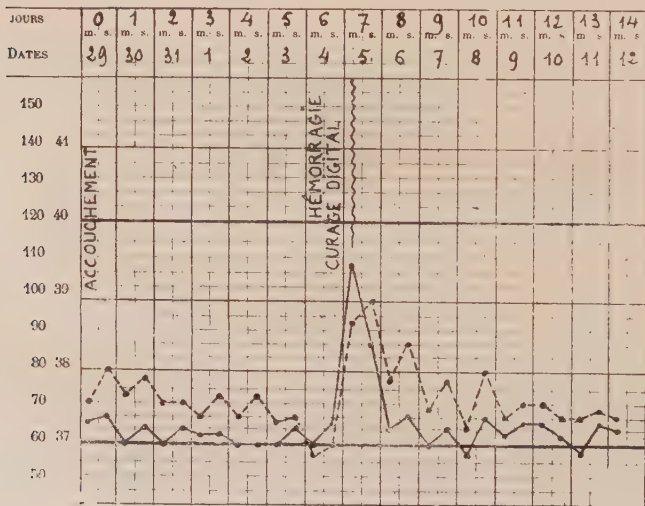
OBSERVATION XIII. — Madame M...., 35 ans. VI. pare. Entrée le 29 mai 1924.

Antécédents pathologiques : opérée de varices de la jambe droite à Tenon en 1922.

Obstétricaux. Sixième gestal. Même procréateur. 5 accouchements spontanés à terme. Enfants vivants.

Grossesse : D. R. 22 août 1923.

Accouchement : Le 29 mai 1924, à 5 h. 30, premières douleurs. A 5 h. 45, rupture spontanée de membranes. A 7 h. 30, entre à l'hôpital. Dilatation grande paume. Enfant vivant.



OBSERVATION XIII

A 7 h. 45, accouchement spontané. Fille vivante, 3 kgr. 750.
Délivrance : Naturelle et complète. Placenta 650 grs.

Suites de couches : Le 4 juin 1924, à 19 heures, hémorragie d'abondance moyenne. Injection chaude.

A 22 heures l'hémorragie recommence. Utérus à mi-distance entre ombilic et symphyse.

Sous anesthésie : curage digital, révision à la curette, injection utérine.

L'hémorragie continue. Tamponnement. Huile camphrée, 20 cc. ; sérum sous-cutané, 500 grs.

Le 5 juin, frisson, ascension thermique à 39°5. Pouls à 100.

Mais très vite tout rentre dans l'ordre et la femme sort guérie le 12^e jour.

OBSERVATION XIV. — Madame M..... Age 2 II. pare. Entrée le 29 juin 1924

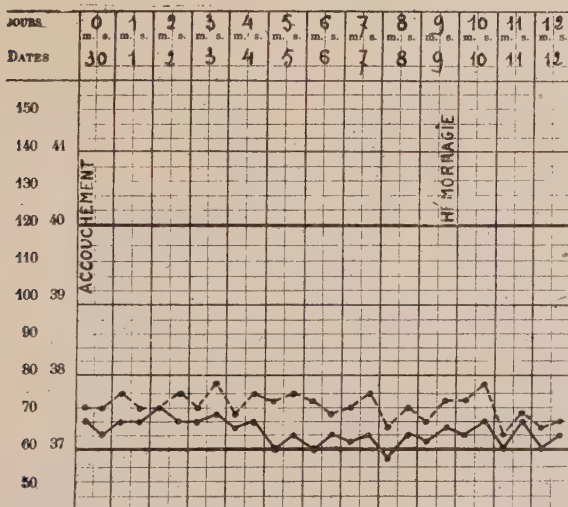
Antécédents : Première gestation, fausse couche de 4 mois (suite d'appendicite)

Grossesse : D. R. 23 septembre 1923.

Accouchement : Spontané à terme. Fille vivante, 3 kgr. 350.

Délivrance : Naturelle complète.

Suites de couches : Normales jusqu'au 9 juillet. Lever mal-



OBSERVATION XIV

gré l'avis du médecin. La nuit suivante, hémorragie peu abondante, cessant spontanément.

Sort guérie le 12^e jour des suites de couches.

OBSERVATION XV. — Madame B....., 21 ans. I. pare. Entrée le 23 janvier 1925.

Grossesse : D. R. 23 au 26 avril 1924.

Accouchement : Le 24 janvier 1925. A 2 heures : Premières douleurs. A 8 h. 15 : Dilatation complète. A 8 h. 35 : Rotation en O. S. A 8 h. 45 : Accouchement spontané près du terme. Fille vivante, 2 kgr. 850.

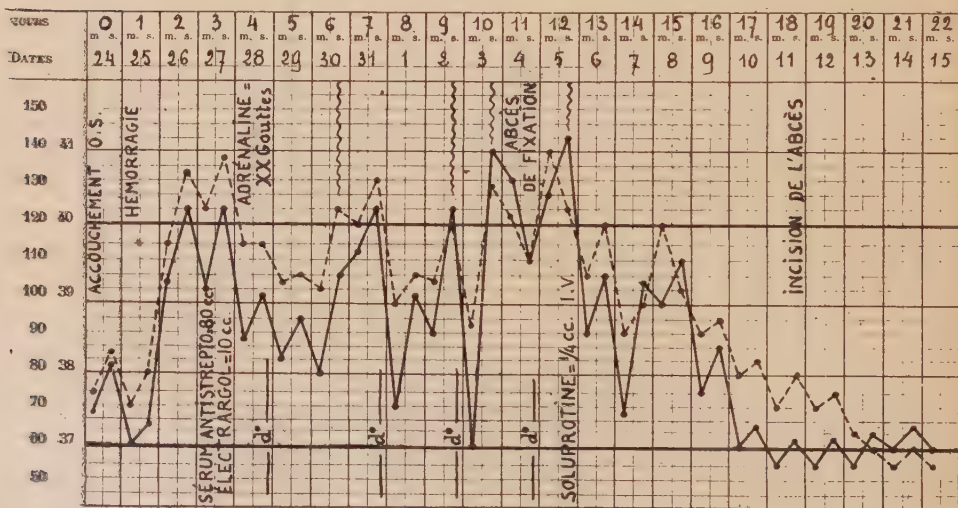
Délivrance : Naturelle complète. Placements à 560^e grs.

Suites de couches : Le 25 janvier à 12 h. 30, légère hémorragie, s'arrêtant avec une injection vaginale chaude.

Le deuxième jour, température à 40°. Pouls à 135. Electrargol, sérum antistreptococcique.

Les jours suivants, oscillations thermiques importantes, avec frissons. On continue l'électrargol.

Le 11^e jour, abcès de fixation, que l'on incise le 18^e jour. L'amélioration survient enfin ; et la femme sort guérie le 22^e jour.



OBSERVATION XV

OBSERVATION XVI. — Madame T....., 25 ans. II. pare. Entrée le 22 juin 1925

Antécédents : Premier accouchement à Beaujon en 1921, à terme, gemellaire, deux filles, l'une décédée à 6 mois de méningite, l'autre bien portante.

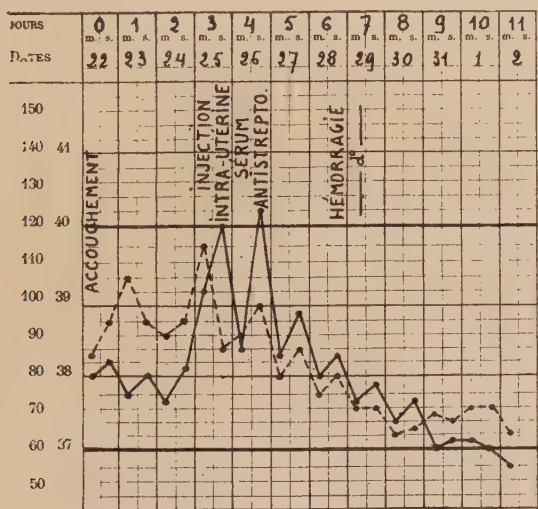
Grossesse : D. R. 1 à 4 septembre 1924.

Accouchement : Le 21 juin 1925, premières douleurs à 23 heures. Le 22 juin à 5 h. 30, accouchement spontané à terme. Fille vivante, 3 kgr. 300.

Délivrance : Naturelle et complète. Placenta 540 grs.

Suites de couches : Le 25 juin ascension thermique, injection iodo-iodurée intra-utérine. Glace sur le ventre.

Le 28 juin : Petite hémorragie dans la nuit ; elle s'arrête après injection chaude. Nouvelle hémorragie légère le 29 au matin, injection chaude, l'hémorragie s'arrête à nouveau. Amélioration rapide. Sort guérie le 11^e jour des suites de couches.



OBSERVATION XVI

OBSERVATION XVII. — Madame P..., 30 ans. IV. pare. Entrée le 6 mars 1926, à 22 heures.

Antécédents : 1^{er} accouchement en 1916, à terme, fille vi-

vante. 2^e accouchement en 1919, à terme, fille vivante. 3^e accouchement en 1920, à terme, garçon vivant.. Même procréateur.

Grossesse : D. R. 23 au 28 mai 1925.

Accouchement : Le 7 mars 1926, à 2 heures, accouchement spontané à terme, fille vivante, 4 kgr. 225.

Délivrance : Naturelle, complète, placenta, 750 grs.

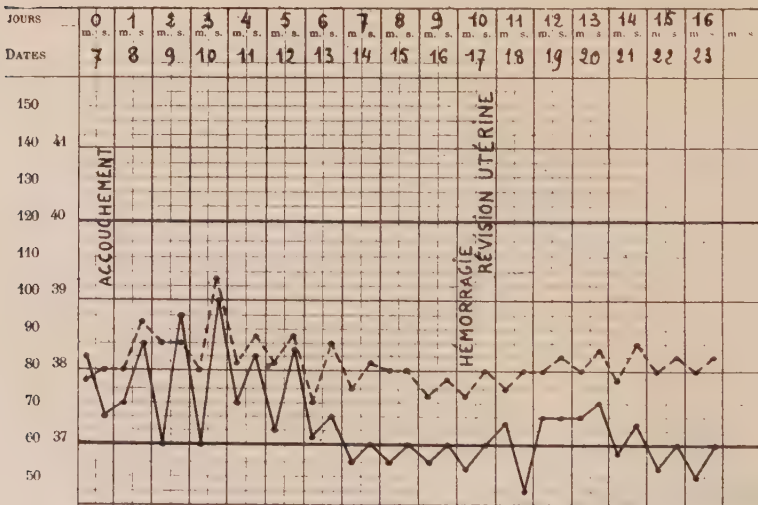
Suites de couches : Le 13 mars. Membres inférieurs douloureux, lourds, pas d'œdème.

Le 17 mars, à 16 h. 30, hémorragie, expulsion de caillots. On donne deux injections vaginales très chaudes, l'hémorragie cesse. A 18 heures, l'hémorragie recommence plus abondante. 550 cc. de sérum sous-cutané.

On décide de faire une révision utérine. On passe la femme à la salle d'opération, curetage à la curette mousse. On ramène seulement des caillots. Ecouvillonnage à la compresse, avec iodage de la cavité utérine.

Le 18 mars, au matin, on retire le tamponnement, la femme ne perd plus. Elle sort guérie le 16^e jour des suites de couches.

Mars 1933 : Rien d'anormal depuis, pas de nouvelle grossesse.



OBSERVATION XVII

OBSERVATION XVIII. — Madame C..... 19 ans, I. pare. Entrée le 28 septembre 1926.

Grossesse : D R. 18 au 25 janvier 1926.

Accouchement : Le 28 septembre 1926, à 8 h. 30, spontané prématuré (huit mois environ). Fille vivante, 2 kgr. 920.

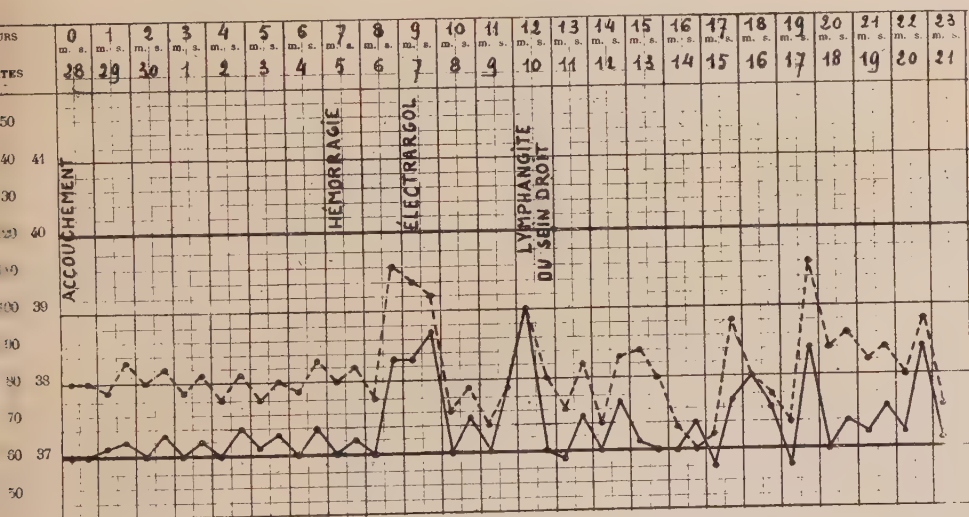
Délivrance : Naturelle et complète. Placenta 570 grs.

Suites de couches : Le 5 octobre 1926, à 18 heures, hémorragie assez abondante ; expulsion d'un caillot, huile camphrée 20 cc.

Le 10 octobre : Sein droit engorgé, ganglions auxilliaires, gros et douloureux, élévation thermique à 39°.

Le 11 octobre, on cesse l'allaitement au sein droit, on le reprend au 14.

La femme sort le 23^e jour des suites de couches.



OBSERVATION XVIII

OBSERVATION XIX. — Madame F., 21 ans, I. pare. Entrée le 20 février 1928.

Grossesse : Suivie à Lariboisière. A 7 mois, douleurs utérines, vomissements pendant 24 heures. Gardée en observation. Tout rentre dans l'ordre.

Accouchement : spontané. Garçon vivant, 3 kg. 060. Le 20 février 1928, à 9 heures 10.

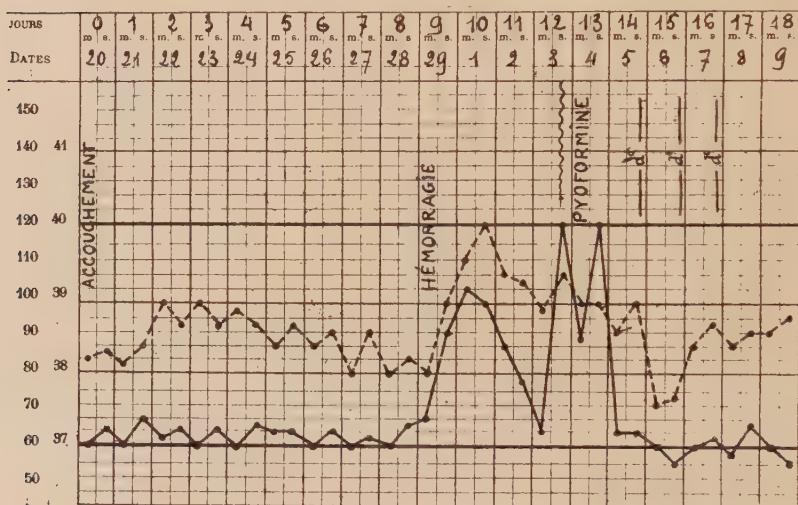
Délivrance : naturelle complète. Placenta 460 gr.

Suites de couches : le 29 février dans l'après-midi première hémorragie assez abondante. Aucun signe de shock. Pouls régulier, bien frappée, à 96. Position déclive. Huile camphrée 20 cc.

Au palper : fond utérin perceptible, à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher : col perméable. Le doigt ramène quelques glaires sanglantes, sans odeur. L'hémorragie s'atténue et s'arrête complètement au bout d'une demi-heure. La position déclive est maintenue. Une ampoule d'Anthema à 15 heures.

A 22 heures, reprise de l'hémorragie, assez abondante, avec quelques caillots. Phénomène de shock : pâleur, lipothymie, refroidissement des extrémités, pouls irrégulier, mal frappé à 120. Compression de l'aorte, injection vaginale chaude. Huile camphrée 20 cc., caféine, sérum sous-cutané 1000 cc.



OBSERVATION XIX

A 22 heures 30, arrêt de l'hémorragie, disparition des phénomènes de shock. Pouls régulier à 110 bien frappé. La température rectale qui était, dans l'après-midi, à 37°5, s'est élevée à 38°5.

Le 3 mars 1928, température à 39°2. L'hémorragie ne s'est pas

reproduite. Vessie de glace sur l'abdomen. Descente rapide de la courbe thermique à 37°.

Le 3 mars au soir, frisson, élévation thermique à 40°. Pouls à 110.

Au toucher, utérus de même volume, non douloureux, col perméable. Pertes de coloration un peu grise, d'odeur légèrement fétide.

Le 4 mars et les jours suivants, on fait 4 injections sous-cutanées, quotidiennes, de deux ampoules de 2 cc. de pyoformine. Le 5 mars, la température retombe à 37° et s'y maintient les jours suivants. Fond utérin à un travers de doigt au-dessus de la symphyse, non douloureux ; col fermé.

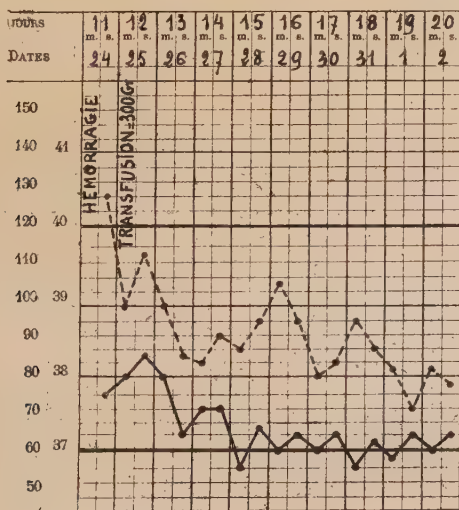
Le 9 mars, la malade sort guérie.

Nouvel accouchement en 1932 à Baudelocque, sans incidents dentés.

Actuellement enceinte.

OBSERVATION XX. — Madame C..., 27 ans. II. pare. Entrée le 24 mars 1928, à 21 heures 45, amenée d'urgence par une sage-femme de ville.

Antécédents : Deux grossesses à terme. Deux enfants vivants.



OBSERVATION XX

Grossesse : D. R., 2 juin 1927.

Accouchement : Le 14 mars 1928, à 14 heures 45, spontané, enfant vivant.

Délivrance immédiatement suivie d'une hémorragie. La sage-femme fait appeler un médecin qui contrôle le placenta et l'admet complet.

Une injection utérine, iodo-iodurée, arrête l'hémorragie.

Suites de couches : le 24 mars, (11^e jour après l'accouchement) la femme fait un premier lever, et vaque à ses occupations habituelles.

Le soir, à 21 heures 45, elle est amenée d'urgence à Lariboisière pour hémorragie grave.

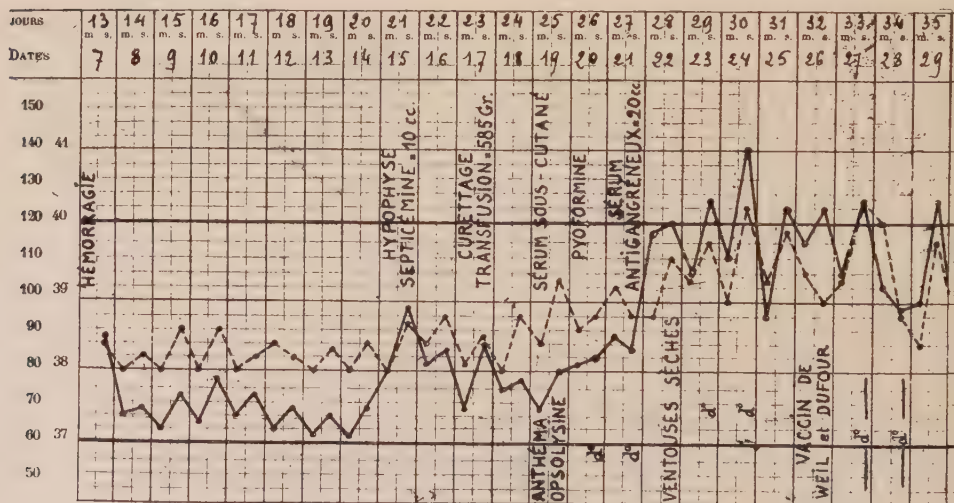
Examen d'entrée : femme pâle, état syncopal, pouls à 130, température à 37°8.

L'hémorragie continue. Passage à la salle de travail, femme mise en position déclive.

Au toucher, utérus gros, rempli de caillots, col ouvert.

Traitement : injection vaginale chaude à la liqueur de Labarraque. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Sérum sous-cutané, 500 cc.

Nouveau toucher : utérus vide, on fait alors 1 cc. d'hypophyse.



OBSERVATION XXI

En raison du mauvais état général de la femme, transfusion sanguine de 300 cc.

La femme se réchauffe, reste en déclive. Le pouls est moins rapide; mieux frappé. Le faciès se recoloré et la malade s'endort.

L'évolution est favorable. La femme sort guérie le 20^e jour.

OBSERVATION XXI. — Madame M... Age ? II. pare. Entrée le 7 avril 1932, amenée de ville où elle a accouché le 25 mars 1932.

Antécédents : 1^e grossesse normale.

Délivrance naturelle. Garçon vivant de 3 kg. 500.

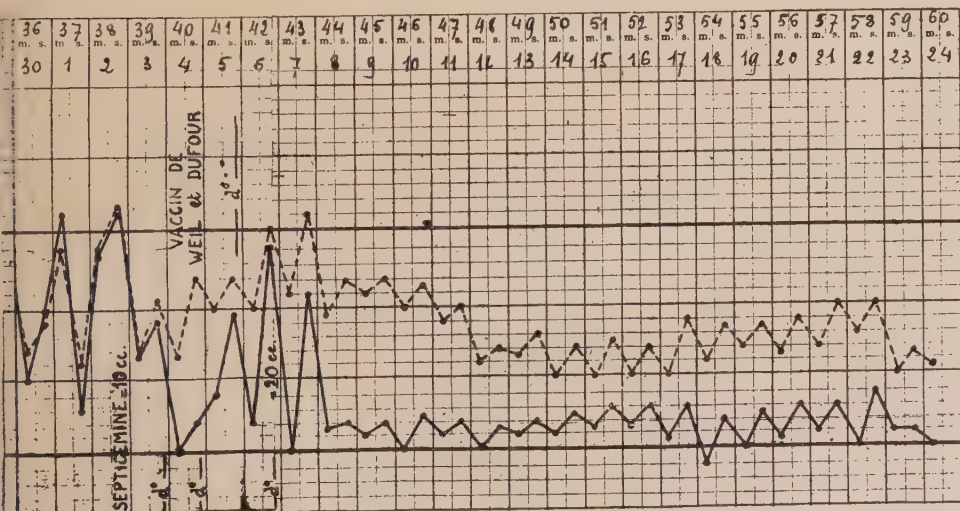
Accouchement : le 25 mars 1932 ; garçon vivant de 4 kg. 240.

Délivrance naturelle une demi-heure après.

Suites de couches. — Le 6 avril, à 17 heures, hémorragie précédée de quelques douleurs, sang noir, avec quelques gros caillots, très abondante, ayant duré un quart d'heure.

Le 7 avril, entre à l'hôpital perdant abondamment.

Examen : Les jours suivants, la femme continue à perdre Pertes grisâtres ou de sang rouge. Hypophyse, septicémie



OBSERVATION XXI (suite).

Le 17 avril, transfusion de 585 gr. — Curettage. Après le curettage, plus de perte de sang.

Le 21 avril, brusquement la malade est prise d'un violent point de côté droit, au niveau de la pointe de l'omoplate.

Légère dyspnée, pas de toux, pas d'expectoration sanglante, mais la température s'élève à 40°.

A l'auscultation, au niveau du point de côté, on note une zone de l'étendue de la main, où s'entendent des râles sous-crépitaux.

Les 22 et 23 avril, la température avoisine toujours 40°. Pas de toux, pas d'expectoration, pas d'herpès labial.

Le 24 avril, 41° le soir.

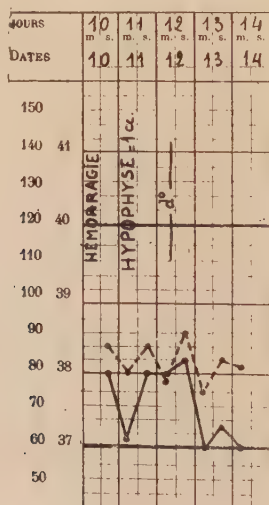
Le 25 avril, petit crachat sanglant, noirâtre d'infarctus.

Le 26 avril, vaccin de Weill et Dufourt, la température persiste.

Le 27 avril, température 40°, pouls 125.

Le 29 avril, léger frisson, la nuit, à 23 heures.

Le 8 mai, la température retombe brusquement à la normale. Persistance de l'apyrexie les jours suivants. Point de côté droit disparu, mais toux persistante. Aucune expectoration, aucune impotence au niveau des membres inférieurs. La malade demeure, extrêmement pâle et blafarde. L'améliora-



tion de l'état général commence cependant à se produire à partir du 45^e jour.

La femme sort guérie le 60^e jour.

OBSERVATION XXII. — Madame P Age P Parité P Entrée le 10 avril 1932 (ramenée dans le service pour hémorragie).

Accouchement : le 31 mars 1932, chez une sage-femme de ville.

Délivrance : P

Suites de couches. — Le 10 avril au matin, hémorragie à début brusque, de quantité impossible à faire évaluer par la femme ; néanmoins elle ne paraît pas avoir été abondante.

A l'entrée de l'hôpital, léger suintement sanguin, qui persiste pendant deux jours. Pas de signes généraux. Pas de signes locaux. Le 11 avril, hypophyse, 1 cc. Le 12 avril, hypophyse 1 cc. On fait lever la femme.

Celle-ci sort guérie le 14^e jour des suites de couches.

HÉMORRAGIES PAR °

N° de l'observation	Age	Parité	Accouchement	Délivrance	Suites de couches jusqu'à l'hémorragie
I	25	I	Spontané à terme, en ville, 4 k. 500	Complète, 600 gr.	?
II	30	IV	En ville, pas de renseignements		?
III	24	I	Spontané à terme, à Lariboisière, 3 k.	Naturelle, complète, 550 gr. Membranes déchirées	?
IV	36	III	Gemellaire, en ville,	?	?
V	30	II	Prématuré 8 mois 1/2. à Lariboisière, 2 k. 625	Naturelle, complète, 450 gr.	Normales jusqu'au 8 ^e jour. Du 8 ^e au 10 ^e ascension progressive de la température et du pouls. Le 10 ^e jour : T. 38°2, P. 108.

RÉTENTION PLACENTAIRE

L'hémorragie	Intervention	Suites	Résultats
10^e jour Faible abondance. Température 37°3. Pouls 92.	10^e jour Révision utérine. Débris placentaires, 15 grammes. lodage cavité utérine. Injection intra uté- rine de solution de Tarnier.	Le soir : Frisson. Température 39°4. Pouls 108. Baïssé progressivo de la température et du pouls.	Sort guérie le 25^e jour après l'accou- chement.
11^e jour Abondante, Paleur, vertiges, Température 37°4, Pouls 110. Sérum, huile cam- phrée. Continue à perdre les jours suivants.	14^e jour Curage digital sous anesthésie. Quelques débris pla- centaires. Tamponnement uté- ro-vaginal laissé 20 heures.	Température élevée. Pouls rapide. Vaccin I. O. D. à partir du 19^e jour. Température normale à partir du 32^e jour.	Sort guérie le 39^e jour.
Le lendemain. Pertes sanglantes d'a- bondance moyenne. Le 6^e jour Lochies férides, Température 39°, Pouls 120. Les 11^e et 12^e jours Hémorragies abon- dantes. Température 40, Pouls 130.	12^e jour Révision curette mousse. Ramène un cotylé- don.	Amélioration rapide.	Sort guérie le 21^e jour.
12^e jour Hémorragie d'abon- dante moyenne. 16^e jour Hémorragie plus abondante, entre à l'hôpital. Température 40° 6, Pouls 140. Sérum 600 cc, huile camphrée, Transfusion de sang 300 grs.	16^e jour Toucher : col en- tr'ouvert ; Caillot. Curettage sous anes- thésie. Importants débris placentaires. Injection solution de Tarnier. Tamponnement in- tra-utérin.	17^e jour Température 40°6. Pouls 140. Absès de fixation. Serum anti-strepto- coccique. Température descend à 38° 23^e jour Incision de l'abcès.	Sort guérie le 39^e jour. Température 37°6 pouls 96.
11^e jour Hémorragie très abon- dante. Sang rouge, Température 38°, Pouls 136.	11^e jour Curage sous anesthé- sie ; assez gros co- tylédon. Sérum, huile cam- phrée.	Amélioration rapide.	Sort guérie le 19^e jour.

HÉMORRAGIES PAR

N° de l'observation	Âge	Parité	Accouchement	Délivrance	Suites de couches jusqu'à l'hémorragie
VI	24	III	Normal, à terme, à Lariboisière, 3 k. 150	Naturelle, complète, 480 gr.	Normales jusqu'au 4 ^e jour.
VII	25	I	Normal, à terme, en ville, 3 k.	Paraissant complète,	Normales jusqu'au 9 ^e jour.
VIII	?	?	Normal, à terme, 4 k.	Paraissant complète. 610 gr.	3 ^e jour Lymphangite du sein, température 39°, pouls 96. 6 ^e jour Angine rouge, température 39° 7, pouls 124.

RÉTENTION PLACENTAIRE (*suite*)

L'hémorragie	Intervention	Suites	Résultats
4^e jour Hémorragie d'abondance moyenne, Température 38° 6, Pouls 100. Se poursuit le lendemain. Fond utérin douloureux à la pression.	6^e jour Révision utérine. On retrouve un cotylédon du volume d'une amande, entièrement libre.	Hémorragie très importante à la suite du curage. Tamponnement utérin au Virultra, laissé 4 h. Température reste élevée, irrégulière. Septicémie. Hémoculture le 12^e jour. Streptocoque.	Sort guérie le 31^e jour.
9^e jour Hémorragie d'abondance moyenne. Température 39° 3. Pouls 100.	9^e jour Curage sous anesthésie. Nombreux débris placentaires très adhérents, détachés difficilement.	10^e jour Température 40° 5, Pouls 100. Hémoculture streptocoque. 11^e jour Température 40° 6, Pouls 100. Abscès de fixation. 12^e jour Hystérectomie subtotale. Ligature veine iliaque primitive droite. Transfusion.	Meurt le 15^e jour.
7^e jour Hémorragie moyenne. Gros caillot.	7^e jour Révision utérine. Quelques débris douloureux. Tamponnement utérin. Transfusion 200 grs.	8^e jour Température 40°. Pouls 138. Hystérectomie subtotale. Hémoculture staphylocoque.	Meurt le 10^e jour.

HÉMORRAGIE SANS

N° de l'observation	Parité	Âge	Accouchement	Délivrance	Suites de couches jusqu'à l'hémorragie
IX	p	p	En ville à terme. Normal, 2 k. 600.	p	Quelques pertes abondantes. Température normale.
X	II	22	Spontané à terme à Lariboisière. Passée de chirurgie après arthrotomie le matin même.	Normale	6 ^e jour Bronchite. Etat utérin normal du 1 ^{er} au 12 ^e jour. Température monte jusqu'à 39°5.
XI	I	21	Spontané à terme, à Lariboisière, 3 k. 250.	Naturelle et complète, 530 grs.	Elévation thermique à partir du 3 ^e jour, atteint 39°. Douleur corne utérine droite. Pas de lochies.
XII	II	p	Spontané, enfant macéré, à Lariboisière.	Artificielle, pour infection amniotique. Injection iodée.	Le lendemain Utérus gros et mou. 2 ^e jour Lochies fétides ; écouvillonnage. 3 ^e jour Température 39°. Puls 116.
XIII	IV	35	Spontané à terme, à Lariboisière.	Naturelle et complète, 650 grs.	Normales
XIV	II	p	Spontané, à terme, à Lariboisière, 3 k. 450.	Naturelle et complète.	Normales
XV	I	21	Spontané O. S. à Lariboisière, 2 k. 850.	Naturelle complète, 560 grs.	Température à 38°.

RÉTENTION PLACENTAIRE

L'hémorragie	Intervention	Suites	Résultats
Hospitalisée le 11 ^e jour. Température 38°. Pouls 120. Continue à perdre jusqu'au 22 ^e jour.	Traitement médical. Sérum, hémostyl, glace sur le ventre.	13 ^e jour Température 40°. Pouls 124, puis baisse progressive de température.	Sort sur sa demande le 26 ^e jour. Assez bon état.
12 ^e jour Hémorragie très abondante.	Injection intra-utérine.	Baisse progressive de la température.	Sort sur sa demande le 14 ^e jour. Très améliorée.
11 ^e jour Hémorragie légère Température 38° Pouls 92 13 ^e jour Hémorragie se répète.	0	?	Sort sur sa demande. Température 37°9. Pouls 92.
6 ^e jour Hémorragie peu abondante.	Injections utérines iodées. Sérum anti-streptococcique tamponnement sérum anti-streptococcique. 13 ^e jour, abcès de fixation.	Pyélite constatée le 13 ^e jour. Le 14 ^e jour Frisson. Température 40°. Pouls 140.	Sort le 15 ^e jour sur sa demande. Température 40°. Pouls 140.
6 ^e jour Hémorragie d'abondance moyenne.	Curage digital sous anesthésie. Revision à la curette. Injection utérine, tamponnement utérin, huile camphrée, éther, sérum.	7 ^e jour Frisson. Température 39° 5. Pouls 100. Amélioration rapide.	Sort guérie le 12 ^e jour.
9 ^e jour Hémorragie peu abondante.	0	Normales.	Sort guérie le 12 ^e jour.
Le lendemain Hémorragie légère.	Injection vaginale chaude.	2 ^e jour Température 40°2. Pouls 135. Electrargol. Sérum anti-streptococcique. 11 ^e jour Température toujours élevée et irrégulière. Abcès de fixation. Amélioration. 18 ^e jour Incision abcès.	Sort guérie le 22 ^e jour.

HÉMORRAGIES SANS

N° de l'observation	Age	Parité	Accouchement	Délivrance	Suites de couches jusqu'à l'hémorragie
XVI	25	II	Spontané à terme, à Lariboisière, 3 k. 300.	Naturelle complète, 540 grs.	Le lendemain, accélération du pouls à 110. 3 ^e jour, température 40°, pouls 116.
XVII	30	IV	Spontané à terme, à Lariboisière, 4 k. 225.	Naturelle complète, 750 grs.	Du 1 ^{er} au 6 ^e jour Oscillations thermiques atteignant 39° Pouls en rapport.
XVIII	19	I	Près du terme, 2 k. 920.	Naturelle complète, 570 grs.	Normales
XIX	21	I	Spontané à terme à Lariboisière, 3 k. 060.	Naturelle complète, 460 grs.	Accélération du pouls à 100 les 2 ^e et 3 ^e jours.
XX	27	III	En ville.	Hémorragie après délivrance. Placenta complet.	Normales
XXI	p	II	En ville, 4 k. 240.	Naturelle complète.	Normales
XXII	p	p	En ville.	p	Normales

RÉTENTION PLACENTAIRE (suite)

L'hémorragie	Intervention	Suites	Résultats.
6 ^e jour Hémorragie légère.	Injection chaude.	Amélioration rapide.	Sort guérie le 11 ^e jour.
10 ^e jour Hémorragie d'abondance moyenne.	Revision utérine. Curettage mousse ne ramène rien. Iodage. Tamponnement utérin laissé 15 heures.	Ne perd plus, pas de signes généraux.	Sort guérie le 16 ^e jour.
7 ^e jour Hémorragie assez abondante.	0	12 ^e jour Absès du sein.	Sort le 23 ^e jour.
9 ^e jour Hémorragie assez abondante, paleur, lipothymie. Pouls 120, petit.	Injection vaginale chaude. Serum. Huile camphrée.	10 ^e jour Température 39°2. Pouls 120. 12 ^e jour Température 40°. Frisson. Pyoformine. Amélioration rapide.	Sort guérie le 18 ^e jour.
11 ^e jour Hémorragie grave, état général très frappé. Température 37°8. Pouls 130.	Injection utérine iodo-iodurée. Sérum. Hypophyse Transfusion 300 cc.	Favorables	Sort guérie le 20 ^e jour.
12 ^e jour Hémorragie abondante. Continue à perdre les jours suivants.	23 ^e jour Curettage. Transfusion.	27 ^e jour Embolie pulmonaire avec foyer important. Amélioration à partir du 45 ^e jour.	Sort guérie le 50 ^e jour.
10 ^e jour Hémorragie pas très abondante.	Hypophyse.	Favorables	Sort guérie le 14 ^e jour.

CONCLUSIONS

De la statistique relevée en 10 années à l'Hôpital Lariboisière, comparée aux statistiques déjà publiées, il résulte que :

1° Rien dans les antécédents personnels, les modalités de l'accouchement, les prodromes, rien dans les caractères de l'hémorragie, ne permet de prévoir la gravité de l'évolution.

2° Les manœuvres intra-utérines s'avèrent le plus souvent néfastes, et le curage peut être encore plus que le curettage. Plus que la curette mousse, le doigt « sculpte » les fragments placentaires, dissocie le muscle utérin, ouvre les lymphatiques.

Or, ce qu'il faut éviter avant tout, c'est d'entamer la musculuse. Le doigt demeure cependant nécessaire pour guider la curette.

On pourra donc avoir recours, si l'on s'y croit autorisé, à une révision utérine, suivie de curettage à la curette mousse.

3° Etant donnée la gravité des hémorragies par rétention placentaire, on doit attacher une importance particulière à l'examen attentif de l'arrière faix.

4° Notre statistique groupe un certain nombre de faits dont l'ensemble comporte un pronostic moins grave que celui des statistiques présentées par d'autres auteurs. Les accidents post-hémorragiques y apparaissent moins fréquents et le taux de la mortalité y est moindre.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD

Vu : *Le Président de Thèse,*
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS et PERY. — Les hémorragies tardives des suites de couches (7^e congrès de l'Association des Gynécologues et obstétriciens de Langue Française. Bordeaux, 1-2-3 octobre 1931) et (*La puériculture* n° 4, 1931, 25 novembre).
- ANJEAUD. — Des hémorragies après l'accouchement. (Thèse, Paris, 1844).
- P. BALARD. — Les hémorragies du post-partum (*Soc. d'Obs. et de Gyn. de Bordeaux*, 10 décembre 1929).
- P. BALARD. — Les hémorragies du post-partum (*Rev. Franc. de Gyn. et d'Obs.*, mai 1930).
- BALLARD. — *Bulletin de Gyn. et Obs.*, 1920.
- BONAMY. — De l'hystérectomie dans l'affection puerpérale aiguë. (Thèse, Paris, 1899).
- R. BOURSIER ET MANGE. — Hémorragies graves du post-partum. Hystérectomie. Mort. (*Gaz. Heb. des Sc. Med.*, 29 juin 1930).
- BRIAND. — Les hémorragies tardives des suites de couches (*Journal des Prat.*, 2 août 1930).
- BRIAND. — Les hémorragies tardives de suites de couches (*Rev. Gen. de Clin. et de Thérap.*, 2 août 1930).
- BRINDEAU. — *Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 19 avril 1926.
- BRODIERD. — Treatment of post-partum hemorrhage (*Amer. Jour. Sugg.*, III, 1927, novembre).
- CAPPON. — De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme (Thèse, Paris, 1905).
- S. CIKOWSKI. — Late puerperal Hemorrhages (*Polska Gaz. Lek.*, 9, 534-35, July 6, 1930).
- CORNELUS, CHRISTEANU. — (Bucarest) Hystérectomie et infection puerpérale aiguë (*Rev. de Gyn. et de Chir. abd.* 1904).
- COUVELAIRE. — Traitement des métrorragies tardives des suites de couches (7^e Congrès de la Soc. des Gyn. et Obst. de Langue Française, Bordeaux, 1-2-3 octobre 1931).
- COUVELAIRE. — Forme métrorragique de l'infection puerpérale, (*Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 8 mars 1926).
- CURTIS et OUL. — *Annales de Gyn.* 1904.
- L. S. DIGONNET. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum (Thèse, Paris, 1928).

- DANTER. — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1904.
- R. DEFFAY. — Essai médico-historique sur un point de pratique obstétricale. Les hémorragies des suites de couches. (Thèse de Paris, 1931).
- DELAFARGUE. — Des hémorragies utérines après l'accouchement. (Thèse, Paris, 1854).
- DEMLIN. — *Bulletin de la Soc. d'Obs. et de Gyn.* Avril 1906.
- DEROMPS. — *Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, avril 1927.
- DEVRAIGNE. — *Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 1931.
- F. G. DICTEL. — Ungewöhnliche Ursache einer Blut'ng im Wochenbett, (*Zent. f. Gyn.*, octobre 1930).
- H. EPARVIER. — Contribution à l'étude des hémorragies tardives des suites de couches (*Gyn. et Obs.* 21 - avril 1930).
- ESTEIOULE. — Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires. (Thèse, Paris, 1905).
- FAUGER. — Hémorragie tardive du post-partum chez une femme ayant présenté une hémorragie due à une insertion basse du placenta, marginale, traitée par évacuation utérine sous rachianesthésie (*Soc. d'Obs. et de Gyn. de Bordeaux*, 13 mai 1930).
- S. FEUCHTER. — A propos d'un cas d'hémorragie tardive du post-partum (*Bull. Soc. d'Obs. et de Gyn.*, 18 mars 1929).
- FOSCUE. — Post-partum hemorrhage (*Texas Stats. Journ. Med.*, XXIII 1927, novembre).
- A. GROSSE. — Conduite à tenir dans les hémorragies tardives des suites de couches (*Journ. des Prat.*, 24 janvier 1931).
- A. GROSSE. — Les hémorragies tardives des suites de couches ne résultent pas toujours d'une rétention cotylédonaire ; dans la moitié des cas elles sont dues à l'infection. (*Le Conc. Med.*, n° 18, 3 mai 1931).
- A. GROSSE. — Conduite à tenir dans les hémorragies tardives des suites de couches. (*L'Hôpital*, avril 1931).
- HEIM. — Nouveau procédé pour combattre les hémorragies du post-partum. (*Deutsch. Med. Woch. Berlin*, t. LVI, n° 32, 8 août 1930).
- HOEHNE. — Traitement de la rétention des débris placentaires (*Zentralbl. j. Gyn.*, t. XXXVIII, 1914).
- IIORMANN. — Doit-on enlever ou non les restes placentaires après l'accouchement ? (*Monatschr. f. Gebursh. Gyn.*, t. XXIV, 1911).
- C. JEANNIN. — De la sémiologie des lochies. (*Press. Med.*, 1906).
- F. KERMAUNER. — (*Archiv. f. Gynakologie*, 23 mai 1925).
- KLAFTEN. — Hémorragies tardives à la suite des couches (*Zentralbl. f. Gyn.*, 20 février 1926).

- E.-A. KOCH. — Zur rationellen Behandlung der durch retinierte Blutkoagulahervorgerufenen Nachgeburtsblutung (*Zentralbl. f. gyn. L.*, 11 décembre 1926).
- KUSTER. — Les hémorragies tardives des suites de couches. (*Zeitschrift f. geb. Und. gyn.*, t. LXVII, 1910).
- A. LAFFONT et L. SCHERAT. — De la compression vaginale des artères utérines au cours des hémorragies graves du post-partum (*Le Sud Médical et Chirurgical*, N° 2105, 15 mars 1930).
- LE LORIER. — Rétention cotylédonnaire post-partum, infection et hémorragies utérines ; extraction du cotylédon, abcès de la paroi utérine, hystérectomie, phlébite, guérison (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, avril 1926).
- LEMELAND. — *Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, avril 1931.
- LEVY-SOLAL et J. RAVINA. — *Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 19 avril 1926.
- G. MARCHESE DE LUNA. — Emorragia per ritenzione di placenta in utéro a diverticolo infundibulario destro (*Gazz. Med. di Roma*, 56, octobre 1930).
- MARMASSE. — Le curettage dans les accidents des suites de couches (*Thèse, Paris*, 1895).
- NOGUÈRES. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire (*Thèse, Paris*, 1924).
- PELAPRAT. — Des hémorragies puerpérales secondaires (*Thèse, Paris*, 1882).
- PÉRY et BALARD. — *Bull. de Gyn. et Obs.*, 1921.
- A. POIRIER. — De la rétention partielle du placenta après l'accouchement (*Thèse, Paris*, 1894).
- POTEVIN. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë (*Gyn. et Obs.*, 1921).
- REEB. — A propos des hémorragies tardives des suites de couches (*Soc. d'Obs. et de Gyn. de Strasbourg*, 5 juin 1931).
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'Obstétrique.
- SCHAUTA. — Faut-il décoller les restes placentaires ? (*Wien Klin. Wochenschr.*, t. XXV, 1912).
- SMELLIE. — Observations sur les accouchements, 1765.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.
- VERMELIN. — La rétention cotylédonnaire post-partum (*Rev. Méd. de l'Est*, 1921).
- H. VIGNES et LEROUX. — Hémorragies secondaires du post-partum (*Ann. Anal. Path.*, mai 1927).

- VORON. — Discussion sur les hémorragies graves tardives du post-partum (*Bull. Soc. d'Obs. et de Gyn.*, 18 mai 1929).
- J. VORON et H. PIGEAUD. — L'importance d'un traitement médical actif dans les hémorragies secondaires du post-partum (*Progrès Médical*, 28 mars 1931).
- G. WENDEL. — Wiederholte schwere arterielle Blutungen im Spät-wochenbett aus einer Scheidendammrisswunde (*Zeitschr. f. Geburtsh. und. Gynakol.*, XCI, 1927).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION — HISTORIQUE	7
PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE DES OBSERVA- TIONS	9
HÉMORRAGIES PAR RÉTENTION PLACENTAIRE	
Etiologie	10
Etat avant l'hémorragie	10
L'hémorragie	11
Traitement et évolution	12
HÉMORRAGIES SANS RÉTENTION PLACEN- TAIRE	
Etiologie	17
L'hémorragie	18
Traitement et évolution	19
DEUXIÈME PARTIE : CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTU- DE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS	
Fréquence	23
Etiologie	24
Accouchement et délivrance	24
Suites de couches	24
L'hémorragie	25
Traitements et résultats	28
OBSERVATIONS	33
TABLEAUX SYNOPTIQUES	58
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

Imprimerie scientifique des éditions Vêga, Paris — 4-33
